

UNIVERSIDADE DE LISBOA  
FACULDADE DE LETRAS



Institucionalização de alienados em Portugal: O Hospital Conde de Ferreira (1883-1910).  
Discursos e práticas assistenciais.

Sérgio Paulo Tenreiro Gomes

Orientador: Prof.<sup>a</sup> Doutora Maria de Fátima Marques Dias Antunes dos Reis

Tese especialmente elaborada para obtenção do grau de Doutor no ramo de História, na especialidade de  
História Contemporânea

2019

UNIVERSIDADE DE LISBOA  
FACULDADE DE LETRAS



Institucionalização de alienados em Portugal: O Hospital Conde de Ferreira (1883-1910).  
Discursos e práticas assistenciais.

Sérgio Paulo Tenreiro Gomes

Orientador: Prof.<sup>a</sup> Doutora Maria de Fátima Marques Dias Antunes dos Reis

Tese especialmente elaborada para obtenção do grau de Doutor no ramo de História, na especialidade de História Contemporânea

Júri:

Presidente: Doutor **António Adriano de Ascensão Pires Ventura**, Professor Catedrático e Director da Área de História, da Faculdade de Letras da Universidade de Lisboa.

Vogais:

- Doutora **Alexandra Patrícia Lopes Esteves**, Professora Auxiliar Convidada com Agregação, Faculdade de Filosofia e Ciências Sociais da Universidade Católica Portuguesa;
- Doutora **Maria Marta Lobo Araújo**, Professora Associada com Agregação, Instituto de Ciências Sociais da Universidade do Minho;
- Doutora **Maria de Fátima Marques Dias Antunes dos Reis**, Professora Associada com Agregação, Faculdade de Letras da Universidade de Lisboa;
- Doutor **João dos Santos Ramalho Cosme**, Professor Auxiliar com Agregação, Faculdade de Letras da Universidade de Lisboa;
- Doutor **Miguel Maria dos Santos Corrêa Monteiro**, Professor Auxiliar com Agregação, Faculdade de Letras da Universidade de Lisboa;
- Doutora **Teresa Maria e Sousa Nunes**, Professora Auxiliar, Faculdade de Letras da Universidade de Lisboa.

*À memória do meu pai...*

## Agradecimentos

Terminado este trabalho, é tempo de agradecer a todos aqueles que, de alguma forma e de diferentes modos, me auxiliaram ao longo desta jornada.

O meu primeiro agradecimento é dirigido à Professora Doutora Maria de Fátima Reis, presente desde o início da minha incursão na Ciência Histórica, pela disponibilidade, pelos sábios conselhos, pelas suas visões científicas que em muito contribuíram para que este projeto pudesse chegar ao fim.

Merecem também uma palavra de gratidão os funcionários dos diversos arquivos e bibliotecas consultados que auxiliaram o meu trabalho como investigador.

Ao António Pedro, quer pela amizade e companheirismo, quer pelos seus contributos técnicos e científicos, não esquecendo o apoio nos momentos de maior desânimo.

À Carina, Marisa, Joana, Rute, Sara, Rui e Viriato, ou seja, aos *pelintras*, por estarem sempre presentes, pelo apoio dado em todos os momentos, por sempre acreditarem em mim...

Ao meu piolho, que tantas vezes me acolheu no Porto. Ao Xico e à Daniela Alexandra pelo apoio e incentivo em todas as ocasiões.

Aos restantes amigos e familiares por me perdoarem ter faltado a muitos jantares e momentos de convívio.

Aos meus pais que, nem sempre compreendendo o porquê deste trabalho, me apoiaram incondicionalmente...

A todos um sincero muito obrigado!

## Resumo

O estudo da assistência aos alienados tem merecido, por parte da comunidade historiográfica, um crescente interesse. Todavia, são diminutos os trabalhos que incidam em particular sobre as instituições que de forma exclusiva prestavam cuidados a esta população. Considerando relevante o papel do Hospital de Alienados do Conde de Ferreira, primeira instituição a ser criada de raiz em Portugal para o tratamento de doenças mentais, encetámos um estudo que, alicerçado na análise de diversas fontes coevas da cronologia adotada, nos permitiu, por um lado, estudar o discurso produzido nesta temática e, por outro, a sua tradução nas práticas assistenciais proporcionadas aos alienados, tendo como exemplo o hospital supra citado.

A nossa investigação procura contribuir para o aprofundamento do conhecimento do início do processo de institucionalização dos alienados em Portugal, tendo em consideração as teorias científicas e filosóficas subjacentes bem como o papel desempenhado pelo Hospital Conde de Ferreira.

Numa fase inicial deste estudo, as nossas pesquisas incidiram sobre o entendimento dos alienistas portugueses acerca do panorama assistencial europeu no que aos alienados dizia respeito, procurando influências na construção de um paradigma assistencial português. Posteriormente considerámos pertinente aludirmos a Joaquim Ferreira dos Santos, cuja obra de filantropia permitiu a construção do novo hospital, não esquecendo a evolução das suas infraestruturas. Os contributos científicos de António Maria de Sena e Júlio de Matos foram estudados com o objetivo de apreendermos o seu pensamento e a forma como o mesmo influiu na sua administração do HCF. Os regulamentos da instituição, dada a sua importância no funcionamento quotidiano do hospital, mereceram igualmente a nossa atenção bem como o seu efetivo cumprimento. Relevante mostrou-se também o estudo que efetuámos no sentido de conhecermos a população internada no hospital português bem como a sua atividade assistencial tendo em conta os recursos terapêuticos utilizados.

Percebemos ao longo do nosso estudo que, embora os responsáveis pela instituição pautassem muitos dos seus discursos por uma elevada excelência das práticas assistenciais instituídas, a realidade quotidiana nem sempre confirmava tais desígnios.

**Palavras-chave:** História da Psiquiatria em Portugal, Hospital Conde de Ferreira, António Maria de Sena, Júlio de Matos, institucionalização de alienados em Portugal.

## **Abstract**

The alienated assistance study is a growing interest in the historiographic community. However, there are few studies that focus on institutions that took on this population exclusively. The Conde de Ferreira Hospital for the alienated was the first institution established specifically for the treatment of mental illness. This study, supported by the analysis of many sources contemporaneous of the adopted chronology, has allowed us to analyze the work of the many leaders in the field and how it manifested in the clinical practices provided to the alienated in this institution.

Our research aims to contribute to a greater depth in knowledge of the beginning of the institutionalization of the alienated in Portugal, taking into account the underlying scientific and philosophical theories as well as the role played by Conde de Ferreira Hospital.

In an initial phase of this study, our research focused on the Portuguese Alienists' understanding of the European welfare paradigm, and the search for influences in the construction of the Portuguese welfare organization. Subsequently we considered it pertinent to reference Joaquim Ferreira dos Santos, whose philanthropy allowed the construction of the new hospital, never forgetting the evolution of its facilities. Other figures, such as António Maria de Sena and Júlio de Matos were also studied with the intent of analyzing their scientific thought and the way it influenced their administration of the HCF. The institution's standards and compliance were also taken into account given its importance in the operation of the hospital. We also considered it relevant to study the inpatient population at the hospital as well as caregiver practices and activity, taking into account the therapeutic resources used.

Throughout our study, we realized that, although those responsible for the institution claimed the excellence of the instituted practices of care, daily reality did not always match these statements.

**Keywords:** Psychiatry History in Portugal, Conde de Ferreira Hospital, António Maria de Sena, Júlio de Matos, alienated institutionalization in Portugal.

**Lista de siglas e abreviaturas**

AHSA – Arquivo do Hospital de Santo António

AMS – António Maria de Sena

ASCMP – Arquivo da Santa Casa da Misericórdia do Porto

BHCF – Biblioteca do Hospital Conde de Ferreira

EUA – Estados Unidos da América

HCF – Hospital de alienados do Conde de Ferreira

HSJ – Hospital de São José

OHSJD – Ordem Hospitaleira São João de Deus

SCML – Santa Cada da Misericórdia de Lisboa

SCMP – Santa Casa da Misericórdia do Porto

## Índices

### Índice Geral

	Pág.
<b>Agradecimentos</b> .....	3
<b>Resumo</b> .....	4
<b>Abstract</b> .....	5
<b>Lista de siglas e abreviaturas</b> .....	6
<b>Índices</b> .....	7
Índice geral.....	7
Índice de gráficos.....	10
Índice de tabelas.....	12
Índice de figuras.....	13
<b>Introdução</b> .....	14
Estado da questão.....	14
Metodologia e problematização.....	33
<b>1 – Da assistência aos alienados até final do séc. XIX</b> .....	42
1.1 – O nascimento de um novo paradigma.....	45
1.2 – Estabelecimentos Europeus de assistência aos alienados.....	49
1.3 – A alienação mental no Portugal Oitocentista.....	81
1.3.1 – A assistência aos loucos antes de 1848.....	81
1.3.2 – Rilhafoles, o primeiro hospital de alienados português.....	96
1.3.3 – A assistência noutras instituições de acolhimento a alienados.....	130
1.3.4 – Considerações estatísticas e legislativas.....	135



<b>2 – Da génese do Hospital de Alienados do Conde de Ferreira.....</b>	<b>144</b>
2.1 - Joaquim Ferreira dos Santos: de caixeiro a benemérito.....	145
2.2 - <i>Minha determinação d'última vontade é</i> .....	153
2.3 - A tumultuosa execução do testamento.....	159
2.4 – Um hospital em evolução.....	165
 <b>3 – Dos homens que elevaram a instituição.....</b>	 <b>195</b>
3.1 – António Maria de Sena.....	196
3.2 – Júlio Xavier de Matos.....	207
 <b>4 – Das disposições regulamentares do novo hospital.....</b>	 <b>226</b>
4.1 – A elaboração do primeiro regulamento.....	227
4.2 – A evolução dos regulamentos gerais (1883-1911) .....	232
4.3 - Os regulamentos especiais da despensa, cozinha e rouparia.....	252
4.4 – O cumprimento das disposições regulamentares.....	257
 <b>5 – Da população alienada internada.....</b>	 <b>274</b>
5.1 – Caracterização sociodemográfica dos alienados.....	275
5.2 – Movimento geral de doentes.....	281
 <b>6 – Dos recursos terapêuticos utilizados.....</b>	 <b>296</b>
6.1 – O tratamento físico.....	298
6.2 – O tratamento moral.....	307
6.3 – O regime alimentar dos alienados.....	326
 <b>Conclusão.....</b>	 <b>331</b>

	347
<b>Fontes e bibliografia.....</b>	
<b>Fontes.....</b>	347
Fontes manuscritas.....	347
Arquivo do Hospital de Santo António.....	347
Arquivo da Santa Casa da Misericórdia do Porto.....	347
Biblioteca do Hospital Conde de Ferreira.....	347
Fontes impressas.....	347
Fontes iconográficas.....	354
<b>Bibliografia.....</b>	354
Dicionários, enciclopédias.....	354
Obras gerais.....	354
Obras específicas.....	355
<b>Referências eletrónicas.....</b>	361
<b>Anexos.....</b>	362

## Índice de gráficos

	Pág.
Gráfico n.º 1	Distribuição percentual dos legados distribuídos por Joaquim Ferreira dos Santos. 157
Gráfico n.º 2	Proveniência das receitas do HCF entre 1883 e 1910. 257
Gráfico n.º 3	Distribuição percentual dos alienados segundo a sua classe no HCF entre 1889 e 1910. 261
Gráfico n.º 4	Despesas com a casa mortuária do HCF entre 1886 e 1910. 262
Gráfico n.º 5	Despesas com livros e instrumentos cirúrgicos no HCF entre 1883 e 1910. 267
Gráfico n.º 6	Despesa efetuada com terapêutica a doentes externos no HCF entre 1890 e 1910. 271
Gráfico n.º 7	Distribuição dos doentes do HCF, segundo o sexo, entre 1883 e 1910. 275
Gráfico n.º 8	Distribuição dos doentes do HCF, segundo a faixa etária, entre 1883 e 1885. 276
Gráfico n.º 9	Distribuição dos doentes do HCF, segundo a sua proveniência, entre 1883 e 1887. 277
Gráfico n.º 10	Distribuição dos doentes do HCF, segundo o seu estado civil, entre 1883 e 1885. 278
Gráfico n.º 11	Distribuição dos doentes do HCF, segundo a sua profissão, entre 1883 e 1885. 279
Gráfico n.º 12	Número de doentes existentes no HCF entre 1883 e 1910. 281
Gráfico n.º 13	Número de doentes entrados no HCF entre 1883 e 1910. 284
Gráfico n.º 14	Relação entre doentes que abandonaram o hospital, doentes falecidos, doentes entrados e doentes existentes no HCF entre 1883 e 1910. 285
Gráfico n.º 15	Relação entre doentes que saíram curados, no mesmo estado, piorados, que simularam a alienação ou cuja doença não se verificou no HCF entre 1883 e 1910. 290
Gráfico n.º 16	Taxa de curabilidade no HCF entre 1883 e 1910. 292

Gráfico n.º 17	Taxa de mortalidade no HCF entre 1883 e 1910.	293
Gráfico n.º 18	Utilização dos recursos hidroterápicos ente 1 de Dezembro de 1883 e 30 de Junho de 1885 no HCF.	299
Gráfico n.º 19	Banhos administrados no HCF a pessoas externas ao hospital entre 1907 e 1910.	302
Gráfico n.º 20	Resultados operacionais da quinta e terrenos anexos do HCF entre 1883 e 1910.	317
Gráfico n.º 21	Resultados operacionais da oficina de Tipografia do HCF entre 1891 e 1910.	321
Gráfico n.º 22	Resultados operacionais da oficina de vassouraria do HCF entre 1893 e 1910.	322
Gráfico n.º 23	Resultados operacionais da oficina de sapateiro do HCF entre 1893 e 1905.	233
Gráfico n.º 24	Evolução do custo médio por refeição dos doentes e funcionários no HCF entre 1885 e 1910.	329

## Índice de tabelas

	Pág.
Tabela n.º 1	Distribuição dos alienados pelas diferentes enfermarias de acordo com os critérios de género, classe e comportamental. 172
Tabela n.º 2	Algumas práticas hidroterápicas e suas características. 300
Tabela n.º 3	Agentes farmacológicos passíveis de utilização em alienados. 304
Tabela n.º 4	Doentes que empreendiam atividades ergoterápicas em 1885 no HCF. 313
Tabela n.º 5	Instituições de beneficência contempladas no testamento do Conde de Ferreira. 364
Tabela n.º 6	Familiares do Conde de Ferreira contemplados no seu testamento. 365
Tabela n.º 7	Afilhados do Conde de Ferreira contemplados no seu testamento. 367
Tabela n.º 8	Amigos do Conde de Ferreira contemplados no seu testamento. 368
Tabela n.º 9	Criados do Conde de Ferreira contemplados no seu testamento. 369
Tabela n.º 10	Resultados operacionais da padaria do HCF entre 1904 e 1910. 381
Tabela n.º 11	Fontes de rendimento do Hospital Conde de Ferreira entre 1883 e 1910. 382
Tabela n.º 12	Distribuição dos alienados segundo a sua classe no HCF entre 1889 e 1910. 383
Tabela n.º 13	Discriminação das despesas afetas à casa mortuária do HCF entre 1886 e 1910. 385
Tabela n.º 14	Banhos administrados a pessoas externas ao HCF entre 1907 e 1910. 386
Tabela n.º 15	Movimento geral de doentes no HCF entre 1883 e 1910. 387
Tabela n.º 16	Resultados operacionais da quinta e estruturas anexas do HCF entre 1883 e 1910. 390
Tabela n.º 17	Resultados operacionais da oficina de tipografia do HCF entre 1891 e 1910. 391
Tabela n.º 18	Resultados operacionais da oficina de vassouraria do HCF entre 1893 e 1910. 393
Tabela n.º 19	Resultados operacionais da oficina de sapateiro do HCF entre 1893 e 1905. 394

## Índice de figuras

		Pág.
Figura n.º 1	Planta do Hospital Conde de Ferreira a quando da sua abertura.	370
Figura n.º 2	Máquina de lavar adquirida para o HCF em 1883.	371
Figura n.º 3	Máquina de passar a roupa adquirida para o HCF em 1883.	371
Figura n.º 4	O depósito de água e a lavandaria do HCF em 1883.	372
Figura n.º 5	Aparelhos de duche existente no HCF em 1883.	372
Figura n.º 6	Planta da 1ª enfermaria (1.ª e 2.ª classes – tranquilos e convalescentes) do HCF em 1883.	373
Figura n.º 7	Planta da 2ª enfermaria (1.ª e 2.ª classes – agitados) do HCF em 1883.	374
Figura n.º 8	Plantas da 6ª enfermaria (1.ª e 2.ª classes – furiosos) e da 4ª enfermaria (3.ª classe – furiosos) do HCF em 1883.	375
Figura n.º 9	Planta da 5ª enfermaria (3.ª classe – tranquilos e ligeiramente agitados) do HCF em 1883.	376
Figura n.º 10	Planta da 3ª enfermaria (3.ª classe – agitados e imundos) do HCF em 1883.	377
Figura n.º 11	Planta da 7ª enfermaria (3.ª classe – convalescentes, dementes e idiotas) do HCF em 1883.	378
Figura n.º 12	Exemplos de camas existentes no HCF em 1883.	379
Figura n.º 13	Exemplo de refeitório existente no HCF em 1883.	380
Figura n.º 14	Habitações para os empregados superiores	384

## Introdução

### Estado da questão

Ao iniciarmos o estudo dos discursos e das práticas assistenciais tendo por exemplo o Hospital de Alienados do Conde de Ferreira foi imperativo que, numa fase inaugural, tomássemos em atenção a produção historiográfica produzida neste domínio. Como afirma Luís Reis Torgal, o historiador não pode, ou pelo menos não deve iniciar os seus estudos, sem antes tomar conhecimento do que anteriormente foi escrito sobre as matérias em análise, cujo entendimento é fulcral para a compreensão da temática em estudo<sup>1</sup>. Neste sentido considerámos necessário aludir a investigações que procuraram estabelecer uma História das Misericórdias portuguesas cuja função assistencial ou caritativa é sobejamente reconhecida e influenciou a génese do HCF. Também alguns trabalhos no âmbito da História da Saúde em Portugal, sobretudo a História da Medicina e da Psiquiatria se afiguraram importantes para o conhecimento da evolução da assistência no nosso país. Por último importou conhecer os estudos já realizados sobre o HCF por alguns autores portugueses.

Elaborar um balanço historiográfico incidindo num domínio tão vasto afigurou-se como um empreendimento que facilmente se classificará de incompleto e de provisório. Incompleto pois seria um exercício que, por si só, consumiria os nossos recursos disponíveis e provisório na medida em que a produção científica nestes domínios tem registado um importante crescimento que não se prevê que decresça. Deste modo, optámos por nos referir a obras e autores que, de certo modo, foram importantes para a elaboração do nosso estudo, quer do ponto de vista metodológico quer temático.

A importância das Misericórdias na sociedade portuguesa justifica plenamente os inúmeros estudos que têm vindo a ser realizados os quais aludem não só à História global desta instituição como também determinadas Misericórdias em particular.

Fernando da Silva Correia é um dos investigadores cujo trabalho, em meados do século passado, mais se destacou. Analisando várias fontes históricas, empreendeu a escrita de uma História das Misericórdias onde, partindo da evolução do conceito de assistência, alude à formação das Misericórdias em Portugal por parte da Rainha D.

---

<sup>1</sup> Luís Reis Torgal, *História, que História*, Lisboa, Círculo de Leitores, 2014, p. 159.

Leonor e ao processo de disseminação desta instituição em todo o Reino<sup>2</sup>. As suas obras destacam-se pelo levantamento que fez de muitas fontes históricas, embora os seus exercícios interpretativos possam ser questionados<sup>3</sup>.

A historiografia produzida em Portugal neste âmbito careceu, até à década de 80 do século passado, de um estudo aprofundado na medida em que muitas fontes eram ignoradas e muitas questões não eram respondidas ou sequer colocadas. Nos últimos 40 anos tem-se assistido a um renovado interesse por estes domínios, consubstanciado pela produção de Dissertações de Mestrado e Teses de Doutoramento. Esta evolução teve por base, por um lado, as revoluções patrocinadas pela emergência da informática que em muito facilitaram o trabalho do historiador assim como a influência de novos paradigmas teóricos<sup>4</sup>. Inegável é também o contributo dado pelas próprias Misericórdias e pelo Ministério da Cultura que têm reunido esforços no sentido da preservação e catalogação dos acervos existentes assim como a abertura das instituições ao exterior, facilitando o acesso dos investigadores às fontes disponíveis<sup>5</sup>. A partir da década de 90 estes estudos incidiram sobre uma grande diversidade de instituições locais. Apesar de diferentes entre si na medida em que recaem sobre fontes distintas e objetivos diferenciados, Isabel dos Guimarães Sá considera que se podem dividir em três grupos diferentes. Assim, alguns destes trabalhos incidem sobretudo na publicação de fontes, com um reduzido papel interpretativo, outros enquadram-se nas monografias onde são abordados uma série de domínios como a criação das Misericórdias, movimentos de receita e despesa, etc. e outros procuram inserir estas instituições em diversos contextos genéricos<sup>6</sup>.

Várias correntes têm vindo a ser adotadas algumas delas provocando roturas nos conhecimentos adquiridos. Se na primeira metade do séc. XX, o papel desempenhado pela Rainha D. Leonor na fundação das Misericórdias era incontestável atualmente a comunidade historiográfica coloca em questão esta primazia existindo autores que valorizam a ação de D. Manuel I no que se refere à promoção de instituições de caridade

---

<sup>2</sup> Fernando da Silva Correia, *Origens e Formação das Misericórdias Portuguesas*, Lisboa, Livros Horizonte, 1999, 1ª edição em 1944. A vasta obra deste autor inclui trabalhos no âmbito da medicina termal portuguesa, da vida e obra da Rainha D. Leonor, sobre o Hospital Termal das Caldas da Rainha, história da saúde pública em Portugal, o Hospital de Todos os Santos entre outros temas que tinham como denominador comum a história do assistencialismo em Portugal.

<sup>3</sup> Isabel Dos Guimarães Sá, *As Misericórdias Portuguesas de D. Manuel I a Pombal*, Lisboa, Livros Horizonte, 2001, p. 14.

<sup>4</sup> Idem, *ibidem*, p.11.

<sup>5</sup> Idem, *ibidem*, p. 13.

<sup>6</sup> Idem, *ibidem*, pp. 14-15.



e na valorização das Misericórdias, relegando para um plano distinto o papel da Rainha<sup>7</sup>. Assistimos também à emergência de uma corrente historiográfica que perspetiva as Misericórdias como instituições de poder local onde se conjugam interesses das elites locais com os interesses régios<sup>8</sup>. Outros estudos têm procurado desmistificar a pretensa universalidade da caridade e indicam a existência de um jogo de influências que se traduzia na seleção dos pobres a assistir<sup>9</sup>. A riqueza das Misericórdias tem sido igualmente estudada por Laurinda Abreu que atribui às teorias relativas aos acontecimentos do fim do mundo e à difusão do conceito de Purgatório um importante papel na constituição do seu diverso património<sup>10</sup>.

Isabel dos Guimarães Sá, nas suas obras *A fundação das Misericórdias: O Reinado de D. Manuel I*<sup>11</sup> e *As Misericórdias portuguesas de D. Manuel I a Pombal*<sup>12</sup>, admitindo a existência de ambiguidades no exercício da caridade baseadas no binómio altruísmo / manifestação de poder, procura apresentar quadros gerais sobre a génese desta instituição bem como sobre a evolução da sua função caritativa e assistencial. A sua colaboração com Maria Antónia Lopes tem também sido profícua, tendo resultado, por exemplo, na elaboração de uma História geral destas instituições onde pretenderam estudar a sua importância na sociedade portuguesa bem como a sua capacidade de adaptação a novos quadros políticos, religiosos, culturais e sociais<sup>13</sup>.

A comemoração do V Centenário das Misericórdias Portuguesas em 1998 justificou o lançamento de várias obras que procuraram traçar um quadro evolutivo desta instituição. Destacamos Ivo Carneiro de Sousa autor do *V centenário das misericórdias portuguesas: 1498-1998*<sup>14</sup>, a Academia Portuguesa de História e a Santa Casa da

<sup>7</sup> Veja-se, por exemplo, Joaquim Veríssimo Serrão, *A Misericórdia de Lisboa. Quinhentos anos de História*, Lisboa, Livros Horizonte, 1998.

<sup>8</sup> Isabel dos Guimarães Sá, *Quando o rico se faz pobre: Misericórdias, caridade e poder no Império Português, 1500-1800*, Lisboa, Comissão Nacional para as Comemorações dos Descobrimentos Portugueses, 1997.

<sup>9</sup> Maria Antónia Lopes, *Pobreza, assistência e controlo social em Coimbra (1750-1850)*, 2 volumes, Coimbra, Palimage, 2001.

<sup>10</sup> Laurinda Abreu, *Memórias da Alma e do Corpo. A Misericórdia de Setúbal na Modernidade*, Coimbra, Palimage, 1999.

<sup>11</sup> José Pedro Paiva, Isabel dos Guimarães Sá, *A fundação das Misericórdias: O Reinado de D. Manuel I*, Coleção Portugaliae monumenta misericordiarum Vol. 3, Lisboa, União das Misericórdias Portuguesas, 2004.

<sup>12</sup> Isabel Dos Guimarães Sá, *As Misericórdias Portuguesas de D. Manuel I a Pombal*, Op. cit.

<sup>13</sup> Maria Antónia Lopes, Isabel dos Guimarães Sá, *História Breve das Misericórdias Portuguesas (1495-2000)*, Coimbra, Imprensa da Universidade de Coimbra, 2008.

<sup>14</sup> Ivo Carneiro de Sousa, *V Centenário das Misericórdias Portuguesas, 1498-1998*, Lisboa, Clube do Coleccionador dos Correios, 1998. Este autor, cuja Tese de Doutoramento incidiu sobre a figura da Rainha D. Leonor procurou também reforçar o seu papel na fundação das Misericórdias refutando a existência do Frei Miguel Contreiras.

Misericórdia de Lisboa que publicaram uma outra obra com o mesmo título<sup>15</sup> assim como a publicação *500 Anos das Misericórdias Portuguesas, Solidariedade de Geração em Geração*, coordenado pela Comissão para as Comemorações dos 500 anos das Misericórdias<sup>16</sup>.

A Santa Casa da Misericórdia do Porto tem também sido alvo de alguns estudos destacando-se a obra de Artur de Magalhães Basto que publicou uma *História da Misericórdia do Porto* em dois volumes<sup>17</sup> sendo que posteriormente Eugénio de Andrea da Cunha e Freitas deu continuidade a este trabalho lançando, em 1995, o terceiro volume desta obra<sup>18</sup>. No entanto Basto não se limitou a reconstituir os origens da Misericórdia Portuense, desenvolvendo um trabalho onde, tendo presente um enquadramento no âmbito da História de Portugal, no seu primeiro volume (das origens a 1584), alude à fundação das Misericórdias por parte da Rainha D. Leonor para depois se debruçar sobre a constituição da Misericórdia na cidade do Porto, sobre os primeiros hospitais fundados pela instituição não esquecendo o compromisso da Misericórdia local. No segundo volume (de 1584 até 1770), a sua obra incide sobretudo sobre o benemérito D. Lopo de Almeida cujo testamento permitiu a reconstrução e ampliação da albergaria de Rocamador, na rua das flores, que viria a constituir o futuro Hospital de D. Lopo. O último volume desta obra acaba por incidir sobre um conjunto de temáticas mais diversificadas como os benfeitores, os compromissos de 1594 e 1646, profissionais como médicos, cirurgiões, sangradores e boticários entre outros assuntos. Eugénio Freitas retoma assim alguns assuntos já problematizados por Artur de Magalhães Basto no entanto, o Arquivo Histórico da Santa Casa da Misericórdia do Porto mostra-se como uma fonte interminável de documentos, que permitem ao investigador encontrar novas pistas e construir novas teorias, contribuindo para o alargar do conhecimento histórico sobre as Misericórdias portuguesas.

Alguns autores, como Alexandra Esteves, procuraram nos seus estudos referências ao tratamento de alienados em alguns hospitais locais da misericórdia. Esta investigadora debruçou-se sobre a assistência aos doentes pobres de Viana do Castelo, enfatizando o

---

<sup>15</sup> Academia Portuguesa de História, Santa Casa da Misericórdia de Lisboa, *V centenário das misericórdias portuguesas*, Lisboa, Academia Portuguesa de História, 2000.

<sup>16</sup> Comissão para a Comemoração dos 500 Anos das Misericórdias (coord.), *500 Anos das Misericórdias Portuguesas: Solidariedade de Geração em Geração*, Lisboa, Comissão para a Coordenação dos 500 Anos das Misericórdias, 2000.

<sup>17</sup> Artur de Magalhães Basto, *História da Misericórdia do Porto*, Porto, Santa Casa da Misericórdia do Porto, I Volume publicado em 1934, II Volume em 1964.

<sup>18</sup> Eugénio de Andrea da Cunha e Freitas, *História da Santa Casa da Misericórdia do Porto*, Porto, Santa Casa da Misericórdia do Porto, 1995.

ciclo vicioso existente no binómio enfermidade e pobreza. Atente-se deste modo que, se a condição de enfermo impossibilitava o indivíduo de prover o seu sustento, não é menos verdade que os pobres, devido a uma deficiente alimentação, jornadas de trabalho intenso e a falta de salubridade no domicílio, viam propiciadas diversas enfermidades<sup>19</sup>.

Quando as famílias não podiam custear o transporte dos alienados para o hospital, tal encargo deveria recair sobre as Misericórdias, de acordo com a portaria de 29 de Maio de 1850, no entanto nem sempre tal acontecia referindo a autora que na generalidade estas instituições atravessavam situações económicas desfavoráveis na centúria de 800<sup>20</sup>. No entanto a autora dá-nos vários exemplos de Misericórdias minhotas que auxiliavam os alienados com quantias pecuniárias e / ou financiando o transporte até ao hospital. Era também frequente outras Confrarias auxiliarem este financiamento e existirem subscrições públicas no sentido de financiar a deslocação dos alienados para Lisboa.

No domínio da História da Saúde esta foi fortemente dominada pela classe médica pelo que as Histórias da Medicina representam uma importante fração dos estudos realizados em Portugal. A sua importância terá por base o surgimento de movimentos filosóficos como o niilismo e o existencialismo que serviram de inspiração a correntes historiográficas onde, por exemplo, eram colocados em causa os progressos científicos e tecnológicos para, numa fase posterior se assistir a uma tentativa de humanização destes conhecimentos. Os trabalhos produzidos incidem sobre temáticas como a História de uma instituição de saúde, a biografia de personalidades relevantes no âmbito da Medicina ou sobre questões ético-filosóficas sendo que, na atualidade, a crescente interdisciplinaridade entre as diversas áreas do conhecimento é cada vez mais responsável pelo progresso científico em diversas áreas do conhecimento<sup>21</sup>.

Mencionamos Maximiano Lemos, médico e professor de História da Medicina na Universidade do Porto, e a sua *História da Medicina em Portugal: Doutrinas e*

---

<sup>19</sup> Alexandra Esteves, “Estar enfermo e ser pobre: assistência à saúde no Alto Minho de Oitocentos”, in Carlota Santos (coord.), *Família, espaço e património*, Porto, Centro de Investigação Transdisciplinar Cultura, Espaço e Memória, 2011, pp. 201 – 202.

<sup>20</sup> Alexandra Esteves, “Engulhos de ontem, doentes de hoje: pensar a loucura em Portugal no séc. XIX. O caso do distrito de Viana do Castelo”, in Alexandra Esteves, Maria Marta Lobo de Araújo (coord.), *Marginalidade, pobreza e respostas sociais na Península Ibérica (séculos XVI-XX)*, Porto, Centro de Investigação Transdisciplinar Cultura, Espaço e Memória, 2012, p. 206.

<sup>21</sup> André Filipe Samora Pita, *A cólera em Lisboa (1833 e 1855/56): emergência do poder médico e combate à epidemia no Hospital de São José e enfermarias auxiliares*, Dissertação de Mestrado em História Contemporânea apresentada à Faculdade de Ciências Sociais e Humanas da Universidade Nova de Lisboa em Dezembro de 2017.

*Instituições*<sup>22</sup>, na qual procurou *expor a maneira como as ciencias medicas foram cultivadas entre nós*<sup>23</sup>. Também Augusto da Silva Carvalho, Professor de História da Medicina na Universidade de Lisboa, empreende uma *História da Medicina*<sup>24</sup> a par de uma produção bibliográfica assinalável. Mais recentes são as Histórias da Medicina de Manuel Valente Alves<sup>25</sup>, de António Barros Veloso<sup>26</sup> e de Manuel Machado Macedo<sup>27</sup>.

Recentemente os estudos de Rita Garnel<sup>28</sup>, Laurinda Abreu<sup>29</sup> e Maria Antónia Lopes<sup>30</sup> que colocam em relevo, através de abordagens distintas, a compreensão das estruturas de saúde e, consequentemente, a própria saúde no nosso país. Fazem também notar que a assistência e a saúde pública, por vezes com graves carências, não se pautavam exclusivamente pelo cumprimento das leis nem tão pouco atuavam de acordo com as expectativas do Estado. O estudo da profissão médica no nosso país tem constituído um importante campo de investigação por parte de Luís Graça que tem procurado analisar o médico enquanto sujeito histórico e as suas práticas assistenciais<sup>31</sup>.

O papel do Estado na assistência pública em Portugal tem sido estudado por Maria Antónia Lopes que considera que, com o triunfo do regime constitucional, a assistência pública na centúria de oitocentos privilegiava os pobres que não tinham condições de prover o seu sustento em desfavor dos pobres que, possuindo aptidões de trabalho, se vão entregar ao ócio, exercendo inclusive uma forte repressão sobre estes. Caracteriza a assistência pública Oitocentista segundo três vetores distintos: a repulsa da caridade indiscriminada e ostentativa, a repressão da ociosidade e a instituição de uma assistência seletiva, direcionada para os mais miseráveis, referindo que se afasta de uma perspetiva escatológica vigente anteriormente, embora ainda longe de assumir a existência de

---

<sup>22</sup> Maximiano Lemos, *História da Medicina em Portugal: Doutrinas e Instituições*, 2 volumes, Lisboa, Manuel Gomes editor, 1899.

<sup>23</sup> Idem, *ibidem*, p. VII

<sup>24</sup> Augusto da Silva Carvalho, *História da Medicina*, Lisboa, Imprensa Nacional, 1929.

<sup>25</sup> Manuel Valente Alves, *História da Medicina em Portugal. Origens, ligações e contextos*, Porto, Porto Editora, 2014.

<sup>26</sup> António Barros Veloso (coord.), *Médicos e Sociedade - Para uma História da Medicina em Portugal no século XX*, Lisboa, By the book, 2017.

<sup>27</sup> Manuel Machado Macedo, *História da Medicina Portuguesa no Século XX*, Lisboa, CTT Correios de Portugal, 2000.

<sup>28</sup> Maria Rita Lino Garnel, “Os médicos, a saúde pública e o Estado Improvidente (1890-1926)”, in Frederico Ágoas, José Neves (coord.), *O Espectro da Pobreza: História, Cultura e Política em Portugal no Século XX*, Lisboa, Editora Mundos Sociais, Novembro de 2016, pp. 27-59.

<sup>29</sup> Laurinda Abreu, “Emergência das Políticas Sociais e de Saúde Pública”, in *COMMUNIO – Revista internacional católica*, vol. XXXI, n.º 2, 2014, pp. 201-209.

<sup>30</sup> Maria Antónia Lopes, *Pobreza, assistência e controlo social em Coimbra (1750-1850)*, *Op. cit.*

<sup>31</sup> Luís Graça, Luís, Textos e pappers. [Em linha], [cons. 17 Setembro de 2018]. Disponível em [http://www.ensp.unl.pt/luis.graca/textos\\_pappers.html](http://www.ensp.unl.pt/luis.graca/textos_pappers.html)

direitos individuais ou sociais<sup>32</sup>. Luís Graça considera que, na Europa, a assistência pública surge como fenómeno intrinsecamente ligado à emergência e à consolidação do poder político do Estado a quem competia manter a ordem e defender os valores pelos quais se regia a sociedade. Nesta lógica, aos grupos particulares ficariam afetos as obrigações e encargos da beneficência e da prestação de auxílio. No entanto, na prática, o Estado é obrigado a intervir em determinados domínios como na prevenção dos riscos profissionais, no âmbito da saúde pública e na formação médica. Deste modo assiste-se a uma lenta mas progressiva evolução do conceito de caridade-assistência no sentido da sua substituição por um direito à assistência<sup>33</sup>.

Também a História da Enfermagem tem sido nos últimos anos escolhida como objeto de estudo. O contributo de Maria Isabel Soares incidiu sobre o ensino da enfermagem em Portugal<sup>34</sup> e já no séc. XX Lucília Nunes procurou traçar um quadro evolutivo da profissão no nosso país entre 1881 e 1998<sup>35</sup>. Notamos ainda a Tese de Doutoramento de Helena Sofia Rodrigues Ferreira da Silva onde pretendeu analisar, em Portugal, o processo de profissionalização dos enfermeiros evidenciando a sua originalidade apesar de influências britânicas e francesas. Neste processo não esquece a influência das Misericórdias cuja função assistencial terá contribuído para a evolução da enfermagem rumo à profissionalização<sup>36</sup>. Já Ana Maria Barros Pires procurou estudar as representações na sociedade das enfermeiras e da enfermagem que, segundo a autora eram muitas vezes contraditórias e persistem ainda no imaginário coletivo<sup>37</sup>.

No que se refere ao estudo da História das instituições hospitalares é importante referir que desde o séc. XVII até meados do séc. XVIII a maioria dos hospitais portugueses eram administrados pelas Misericórdias sendo que os restantes se encontravam sob administração direta da Coroa ou das Câmaras Municipais. A exceção residia em alguns pequenos hospitais cuja administração era levada a cabo pela Ordem Hospitaleira de São João de Deus, pelos Loios e pela Congregação de São João

---

<sup>32</sup> Maria Antónia Lopes, “Os pobres e a assistência pública”, in, José Mattoso (direç.) *História de Portugal*, quinto volume – O Liberalismo (1807-1890), Lisboa, Circulo de Leitores, 1993, p. 502.

<sup>33</sup> Luís Graça, *Op. Cit.*

<sup>34</sup> Maria Isabel Soares, *Da Blusa de Brim à Touca Branca*, Lisboa, Educa, 1997.

<sup>35</sup> Lucília Nunes, *Um Olhar Sobre o Ombro: Enfermagem em Portugal (1881-1998)*, Coimbra, Lusodidacta, 2009.

<sup>36</sup> Helena Sofia Rodrigues Ferreira da Silva, *Do curandeiro ao diplomado: história da profissão de enfermagem em Portugal (1886-1955)*, Tese de Doutoramento em História, Área de Conhecimento Idade Contemporânea, apresentada à Universidade do Minho em Setembro de 2010.

<sup>37</sup> Ana Maria Barros Pires, *Ser enfermeira em Portugal da I República à instauração do estado novo (1910-1933): leituras na imprensa generalista*, Tese apresentada à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de Doutor em Enfermagem em Outubro de 2012.

Evangelista<sup>38</sup>. Luís Graça procurou estudar a evolução dos hospitais tendo por base uma perspetiva da sociologia histórica. Assim identificou determinados fatores e atores sociais que intervieram nas mudanças estruturais dos hospitais, como o desenvolvimento da ciência médica, a evolução do ensino e prática da medicina assim como a intervenção de diversos *stakeholders* (Igreja, Estado, profissionais de saúde, entre outros). Aceitando uma divisão da evolução do sistema hospitalar ocidental em três fases sugestionada por Steudler propõe uma adaptação ao caso específico português onde considera a existência do sistema tradicional (dos primórdios da nacionalidade até 1867), do sistema profissional liberal (de 1867 a 1971) e do sistema técnico (a partir de 1971)<sup>39</sup>.

Em meados do séc. XIX acreditava-se ainda que os hospitais curavam as enfermidades dos pobres através dos agasalhos sendo de esperar que, com a melhoria das condições de vida, estas instituições acabariam por desaparecer, ou pelo menos, diminuir significativamente<sup>40</sup>.

No âmbito da História da Psiquiatria, a historiografia tradicional predominou até à década de 50 do século passado, caracterizada por ser panegírica, por enfatizar grandes personalidades e as conquistas científicas ou filantrópicas. Posteriormente assistimos ao surgimento de uma historiografia crítica que se caracteriza pela emergência do papel das ciências sociais, pela valorização de pressupostos sociais e culturais, pela caracterização da loucura como um mito ou construção social assim como por uma visão dos hospitais psiquiátricos centrada no seu papel como instrumentos de controlo social. No final do séc. XX observou-se surgimento da denominada escola de Cambridge que pugna por uma História conceptual da Psiquiatria apresentando uma visão complementar entre a História institucional e social. Torna-se assim importante reforçar a constituição de equipas multidisciplinares para se produzir uma autêntica História da Psiquiatria onde a colaboração entre clínicos e historiadores é determinante<sup>41</sup>.

Neste estudo optámos por centrar as nossas investigações da produção científica no campo da Historiografia da Psiquiatria a autores portugueses que realizaram importantes trabalhos neste âmbito, não só por contingências de tempo mas também por

---

<sup>38</sup> Maria Antónia Lopes, “Buscando a saúde. Os hospitais enquanto geradores de mobilidade em Portugal na 2ª metade do século XIX”, in Julio Hernández Borge, Dmingo L. González Lopo (coord.), *Migraciones y Sanidad*, Santiago de Compostela, Alvarellos Editora, 2017, p. 146.

<sup>39</sup> Luís Graça, *Op. Cit.*

<sup>40</sup> Maria Antónia Lopes, “Buscando a saúde. Os hospitais enquanto geradores de mobilidade em Portugal na 2ª metade do século XIX”, *Op. cit.*, p. 150.

<sup>41</sup> José Manuel Morgado Pereira, *A Psiquiatria em Portugal, Protagonistas e história conceptual (1884-1924)*, Tese de Doutoramento em Altos Estudos em História, Ramo Época Contemporânea, apresentada à Faculdade de Letras da Universidade de Coimbra, Setembro de 2015, pp. 9-12.

não ser nosso objetivo enveredar por uma perspetiva comparativa com outras realidades estrangeiras.

O estudo da História a Psiquiatria em Portugal, embora o possamos adjectivar de incompleto, tem em Barahona Fernandes um dos seus expoentes máximos. Publica diversos artigos e obras incidindo sobre a evolução conceptual dos modelos psiquiátricos vigentes no nosso país, considerando que a introdução em Portugal dos novos paradigmas assistenciais teve um atraso de 50 anos devido a *dificuldades históricas*.<sup>42</sup>

Para este autor, as condições políticas só foram alcançadas com a estabilização do liberalismo em Portugal, tendo assim sido criada a primeira instituição para acolher alienados em 1848. Do ponto de vista teórico foi necessário ultrapassar resistências às novas ideias do Iluminismo, do progressismo e posteriormente do naturalismo científico. No plano pragmático foi necessário superar as convicções de caris místico e religioso que ditavam o destino de muitos alienados. Posteriormente, o Positivismo de A. Comte dominará o pensamento dos alienistas portugueses para, já no séc. XX, assistirmos à fundação de uma *autêntica escola portuguesa de psiquiatria e de psicopatologia clínica* alicerçada numa antítese psicologista protagonizada por Sobral Cid<sup>43</sup>.

Os estudos sobre o fenómeno da loucura sempre foram difíceis de encetar logo pelo facto de pairar frequentemente a dúvida sobre se estávamos perante verdadeiros loucos ou antes sob a presença de indivíduos *possuídos*<sup>44</sup>. No início do séc. XIX, o pretenso tratamento ou assistência aos alienados era contraditório e estes doentes eram isolados (sendo utilizado o termo sequestrados) e os mesmos eram apelidados de loucos, dementes, mentecapos entre outros termos, sendo rotulados de forma pretensamente científica de alienados<sup>45</sup>. Os médicos que se dedicavam à Psiquiatria eram chamados de alienistas e o autor considera que eram seres *raros e esquipáticos* que falavam uma língua própria muitas vezes pouco compreendida pelos seus pares facultativos<sup>46</sup>.

Para Barahona Fernandes, o progresso assistencial só é possível com o avanço da ciência que apenas se desenvolve com instalações hospitalares adequadas bem como *um clima cultural de libertação dos preconceitos*. Em Portugal, no séc. XIX, a influência dos

---

<sup>42</sup> Barahona Fernandes, Pierre Pichot, *Um Século de Psiquiatria e A Psiquiatria em Portugal*, Lisboa, Roche, 1984, p. 239.

<sup>43</sup> Idem, *ibidem*, p. 239.

<sup>44</sup> Idem, *ibidem*, p. 240.

<sup>45</sup> Idem, *ibidem*, p. 240

<sup>46</sup> O autor refere-nos inclusive que os próprios alienistas eram olhados com reserva e desconfiança *como estando também eles tocados da misteriosa insânia de que se ocupavam, como pessoas de inteligência extraordinária, capazes de entender as insânias e a sem razão dos desassisados*. Idem, *ibidem*, p. 240.

ideais eclesiásticos reprimia fortemente a implementação de novas correntes filosóficas e só a *emergência de personalidades notáveis* logrou vencer e dar os passos fundamentais de cada novo acontecer histórico das mutações psiquiátricas<sup>47</sup>.

O autor divide a história da Psiquiatria em Portugal em seis períodos distintos. O primeiro período é assinalado pela fundação, em 1848, do Hospital de Rilhafoles e mais tarde em 1883 pelo Hospital Conde de Ferreira; O segundo período vai desde 1899 a 1910 e caracteriza-se pela *efectivação parcial da reforma da assistência e pelo avanço da investigação do sistema nervoso por Miguel Bombarda*; o terceiro período, desde 1910 a 1922, caracteriza-se pelo domínio da doutrina de Júlio de Matos e pelo início do ensino oficial da Psiquiatria; o quarto período diz respeito aos anos 20 e 30 do séc. XX e é dominado pela ação pedagógica de Sobral Cid; o quinto período é marcado pela inauguração do Hospital Júlio de Matos em 1942, em moldes atualizados e inovadores, reportando-se o sexto e último período à atualidade que se inicia do ponto de vista pedagógico com o ensino da Psicologia médica nas Faculdades de Medicina em 1955 e pelo avanço na introdução dos neurolépticos e desenvolvimento dos estudos psicodinâmicos no âmbito da saúde mental<sup>48</sup>.

Paralelamente ao estudo da evolução das correntes psiquiátricas em Portugal estudou também muitos nomes responsáveis pela introdução de novos paradigmas e filosofias na assistência aos alienados nomeadamente António Maria de Sena que, segundo o autor, apregoava as ideias evolucionistas suas contemporâneas e via a alienação mental como estando ligada à história natural, num movimento regressivo do homem, à semelhança de Maudsley. Segundo esta lógica a hereditariedade assume um papel de enorme relevo na patogenia das doenças mentais, não descurando no entanto a importância de alguns fatores adquiridos<sup>49</sup>. O autor considera assim que Sena não se cingiu a uma dicotomia clássica da doença mental, procurando evitar uma polarização deste fenómeno não separando na sua prática clínica as duas perspetivas, mostrando-se mais humano que Júlio de Matos tido como radicalizador da teoria da degenerescência<sup>50</sup>. No pensamento de Sena sobressaem medidas profiláticas ousando recomendar *medidas eugénicas como impedir a procriação livre de alienados e predispostos*. Sena é considerado como liberal e progressista *eivado pelas aspirações coetâneas de progresso*

---

<sup>47</sup> Idem, *ibidem*, pp. 246-247.

<sup>48</sup> Idem, *ibidem*, p. 248.

<sup>49</sup> Idem, *ibidem*, p. 257.

<sup>50</sup> Idem, *ibidem*, p. 257.



*social*. Nesta lógica de pensamento, o dever de cuidar dos alienados não se constitui como um dever propriamente dito, um exercício de caridade mas sim uma obrigação social<sup>51</sup>.

A figura de Miguel Bombarda é também estudada por Barahona Fernandes, sobretudo no âmbito das suas posições doutrinárias e sobre as reformas que institui no Hospital de Rilhafles quando foi diretor da instituição<sup>52</sup>.

São também da sua autoria artigos que configuram uma inclusão no âmbito da História das práticas assistenciais quando estuda os progressos no âmbito terapêutico e do conhecimento científico psiquiátrico no Hospital de Rilhafles, traçando um quadro evolutivo das terapêuticas instituídas nesta instituição<sup>53</sup>.

Também Luís de Pina se afigura como um dos principais rostos que se dedicaram ao estudo da Psiquiatria nacional, empreendendo inclusive também uma divisão cronológica da mesma. Assim, para este autor, em 1955, a Psiquiatria portuguesa podia ser dividida em 9 períodos distintos: I período – De Pedro Hispano (séc. XIII) até D. Duarte (meados do séc. XV. A este período pertencem os médicos Rolando e Valesco de Taranta (séc. XIV); II período – De D. Duarte a São João de Deus (meados do séc. XVI); III período – De São João de Deus a Elias Montalto (*Archipatologia* – 1614); IV período – De Elias Montalto da Ribeiro Sanches (1763 – *Methodo para aprender a estudar medicina*); V período – De Ribeiro Sanches (1763) a 1848 – criação do Hospital de Rilhafles; VI período – de 1848 a 1889 (Lei Sena); VII período – de 1889 a 1911 – Ensino Oficial da Psiquiatria; VIII período – De 1911 a 1945 (Reforma a assistência no Estado Novo); IX período – De 1945 em diante<sup>54</sup>.

Luís de Pina considerava que o estudo da História da Psiquiatria em Portugal se encontrava por fazer, em especial no período anterior ao séc. XIX e tomou nas suas mãos a tarefa de estudar alguns dos mais importantes protagonistas, nomeadamente Amato Lusitano, referindo que pretendia estudar outros nomes como Elias Montalto, Ribeiro

---

<sup>51</sup> Deste modo o hospital deveria ser considerado um instrumento económico... para preparar as forças vivas sociais que produzem o trabalho... Idem, *Ibidem*, pp. 257-258.

<sup>52</sup> Miguel Bombarda é enaltecido pelo autor que o caracteriza como *um daqueles homens fulgurantes que despertam altos potenciais afectivos (...) com a força dominadora, a segurança e combatividade, a varonia contundente, despertando múltiplas oposições*. Apesar das muitas qualidades que lhe atribui considera que *na sua grandeza de clínico arguto e observador objectivo, faltou a Miguel Bombarda – talvez ainda por rigidez doutrinária do que por minguia de aptidões pessoais – aquela subtileza e profundidade psicológicas*. Idem, *ibidem*, pp. 259-272.

<sup>53</sup> Barahona Fernandes, “Progressos terapêuticos e conhecimento psiquiátrico”, in *Centenário do Hospital Miguel Bombarda antigo Hospital de Rilhafles*, [s.l.], Edição do Hospital Miguel Bombarda, 1948, pp. 117 – 155.

<sup>54</sup> Luís de Pina, “Amato Lusitano na História da Psiquiatria Portuguesa”, in *Homenagem ao Doutor João Rodrigues de Castelo Branco (Amato Lusitano)*, Castelo Branco, Câmara Municipal de Castelo Branco, 1955, pp. 150-151.

Sanches, Curvo Semedo, entre outros<sup>55</sup>. O autor debruçou-se, por exemplo, sobre a obra de Amato Lusitano *Centúrias*, onde encontrou diversos casos com alusões a problemas de saúde mental, dando-nos conta dos tratamentos que implementou, como sangrias, xaropes purgantes e encarceramento<sup>56</sup>.

Ana Leonor Pereira tem-se constituído também como uma das principais figuras no âmbito do estudo da História da Psiquiatria quer através da publicação de artigos onde procura traçar a evolução da institucionalização dos alienados em Portugal, quer incidindo os seus estudos sobre figuras marcantes neste domínio como Miguel Bombarda e Júlio de Matos<sup>57</sup>. Defende que o manicómio surge como resposta a uma necessidade de proteção sentida pela sociedade bem como com o objetivo de libertar o organismo social daquele que era considerado um poderoso obstáculo ao progresso da civilização, isto é, do louco. Justifica-se referindo que o desmoronamento das estruturas económico-sociais e político-ideológicas do antigo regime deram lugar a um novo mundo caracterizado por uma vontade produtora no qual não tinha lugar o louco, tido como *um elemento perturbador, a fonte mais preocupante da desordem social e decadência orgânica e espiritual da humanidade*, fundamentando deste modo a criação de asilos<sup>58</sup>.

O louco não era senhor de si mesmo, não era capaz de reger a sua vida por códigos sociais vigentes, *assim, na lógica liberal não podia receber o estatuto de homem, menos ainda de cidadão*. Do ponto de vista jurídico, ético e social o louco passa a ser visto como uma criança, não existindo no entanto *o direito de ser protegido e assistido*<sup>59</sup>.

A autora considera que o Estado não detinha uma obrigação jurídica de socorrer os alienados pelo que a necessidade de sequestrar os loucos se fundava em princípios de utilidade social e de interesse geral. Assim, o seu internamento era uma necessidade pública no sentido de preservar a conservação da espécie, o progresso da civilização e, em última análise, a harmonia social<sup>60</sup>.

O alienado é também considerado um problema do ponto de vista económico pois a sociedade capitalista de Oitocentos não apreciava a incapacidade de produção que pautava a vida dos loucos. Nesta lógica de pensamento, a autora considera que a loucura

---

<sup>55</sup> Idem, *ibidem*, pp. 150-165.

<sup>56</sup> Idem, *ibidem*, pp. 166-173.

<sup>57</sup> Ana Leonor Pereira, “Júlio de Matos: a ciência e a política”, in *Psiquiatria Clínica*, vol. 4:1, 1983, pp. 49-56.

<sup>58</sup> Ana Leonor Pereira, “A institucionalização da Loucura em Portugal”, in *Revista Crítica de Ciências Sociais*, n.º 21, 1986, p. 85.

<sup>59</sup> Idem, *ibidem*, p. 86.

<sup>60</sup> Idem, *ibidem*, p.86.

começou a constituir um problema em Portugal em meados do séc. XIX, *fruto do espírito pragmático e realista que anunciava a regeneração*<sup>61</sup>. Frequentemente a institucionalização de alienados é entendida não só como detendo uma componente humanitária e assistencial como proporcionadora de uma libertação da sociedade civil dos indivíduos *perturbadores do exercício pleno do jogo das liberdades individuais e dos seus efeitos civilizacionais*<sup>62</sup>. A justificação para este facto nasce considerando os valores fundamentais dos ideais liberais onde, a inexistência de um estado de lucidez absoluta tinha como consequência a incompreensão e desrespeito por parte dos alienados das normas e valores sociais, sendo o alienado tido como uma *criança enquanto ser irresponsável e inocente*<sup>63</sup>.

Alexandra Esteves também tem estudado a História dos alienados no séc. XIX. Observa que existiam ainda atitudes distintas perante a realidade da loucura. Se era certo que se havia dado início ao processo de humanização, tendo por base conceções científicas, considerando o alienado como um doente, era também verdade que o louco aparecia ainda muitas vezes descrito como o idiota, o doido ou o demente<sup>64</sup>. Assim, a sociedade, embora aceitando-os como doentes, pretendia que os mesmos fossem afastados quer pelo perigo que representavam quer por constituírem um estorvo ao desenvolvimento social. Deste modo, a solução mais adequada passaria pelo isolamento do alienado<sup>65</sup>. Este poderia ocorrer no domicílio do utente, no entanto muitas vezes as famílias não dispunham de condições para tal e em casos de alienados agressivos eram frequentes as manifestações de extrema violência como homicídios<sup>66</sup>.

Quando a família não dispunha de condições ou abandonavam os alienados ou estes deambulavam pelas ruas, constituindo assim um perigo para as populações em geral, motivo pelo qual eram muitas vezes encaminhados a hospitais gerais ou, mais frequente ainda, encarcerados em cadeias<sup>67</sup>. No entanto, o seu encerramento em prisões constituía uma preocupação para as autoridades, pois, por um lado, admitia-se que não estavam a

---

<sup>61</sup> Idem, *ibidem*, p.87.

<sup>62</sup> Ana Leonor Pereira, “Medicina da mente: a dinâmica assistencial no séc. XIX. O caso português”, in Revista CEPIHS (Centro de Estudos e Promoção da Investigação Histórica e Social), n.º 3, Coimbra, Palimage, 2013, p. 148.

<sup>63</sup> Idem, *ibidem*, p. 149.

<sup>64</sup> Alexandra Esteves, “Engulhos de ontem, doentes de hoje: pensar a loucura em Portugal no séc. XIX. O caso do distrito de Viana do Castelo”, *Op. cit.*, p. 199.

<sup>65</sup> Idem, *ibidem*, p. 199.

<sup>66</sup> Idem, *ibidem*, p. 200.

<sup>67</sup> Idem, *ibidem*, p. 200.

receber o tratamento adequado e por outro eram foco de frequente destabilização da restante população prisional<sup>68</sup>.

Também a restante população não via com bons olhos a convivência com os alienados e frequentemente estes eram encaminhados para o segredo, ou seja, para um espaço cuja função era essencialmente disciplinar, destinada ao isolamento dos recursos mais perigosos<sup>69</sup>.

Estes fatores, aliados às más condições de salubridade das prisões, motivavam frequentes indicações médicas no sentido de se libertarem os alienados das prisões. Os alienistas, mais esclarecidos nas questões das doenças da mente, consideravam que a manutenção destes doentes nas prisões não só não era benéfico como podia conduzir ao agravamento ou até à incurabilidade da sua enfermidade. A autora defende ainda que alguns indivíduos seriam enviados para o cárcere sob o pretexto de alienação com o intuito de lhe serem extorquidos os seus bens<sup>70</sup>.

O encarceramento nas prisões era uma medida temporária, enquanto aguardavam transferência para outra instituição. No entanto essa transferência era morosa e por vezes eram libertados sem suporte familiar voltando os indivíduos às ruas e posteriormente de novo ao cárcere. Era frequente os hospitais gerais se recusarem a receber alienados alegando sobrelotação ou por não considerarem que eram verdadeiros doentes. Por outro lado, quando admitidos, raramente eram sujeitos a algum tratamento específico. A única vantagem parecia residir no seu sequestro num espaço isolado dos restantes doentes<sup>71</sup>. Note-se que, habitualmente, as famílias aceitavam bem o internamento dos seus alienados pois muitas vezes poucas condições tinham para os albergar e o estigma e a vergonha social eram frequentes<sup>72</sup>.

Apesar de existirem duas instituições para acolherem alienados muitos loucos furiosos continuavam a ser enviados para a prisão enquanto os loucos mansos eram deixados em liberdade. Não raras eram as querelas entre os hospitais e as entidades encarregues de custear o internamento dos alienados (as Câmaras ou as Misericórdias) pois muitas vezes faltavam ao seu compromisso. O atestado de alienação era da responsabilidade do médico municipal que muitas vezes não dispunha de competências na área da alienação mental pois tais matérias não eram versadas na sua formação base.

---

<sup>68</sup> Idem, *ibidem*, p. 200.

<sup>69</sup> Idem, *ibidem*, p. 201.

<sup>70</sup> Idem, *ibidem*, p. 201.

<sup>71</sup> Idem, *ibidem*, p. 202.

<sup>72</sup> Idem, *ibidem*, p. 205.

Com a evolução da Ciência Psiquiátrica, o papel do alienista começa a ganhar importância e cabia-lhe confirmar o diagnóstico de alienação mental efetuado pelo médico municipal. Após o diagnóstico importava classificar a alienação nomeadamente em termos comportamentais, calmos ou furiosos, bem como atendendo à sua possibilidade de cura. Assim poderia ser instituído o tratamento adequado, quando possível, ou seja, quando havia vagas na instituição. Caso contrário poderiam ficar recolhidos no domicílio<sup>73</sup>.

Outros autores, como Nuno Borja Santos têm contribuído para o aprofundamento dos entendimentos nestes domínios. Este considera que a principal diferença entre a evolução da assistência psiquiátrica em Portugal, quando comparada com a restante Europa se prende com o tempo em que tal mudança aconteceu o que é justificado pelo atraso da divulgação dos ideais iluministas no nosso país<sup>74</sup>. No entanto não deixa de referenciar alguns espíritos iluminados que ousaram pensar de forma diferente do instituído como Joaquim Bizarro que terá sido um dos primeiros a alertar para a necessidade da construção de um hospital para alienados<sup>75</sup>. Também José Manuel Morgado Pereira se tem debruçado sobre as alterações paradigmáticas que a Psiquiatria em Portugal foi sofrendo<sup>76</sup>, com especial incidência no período da I República<sup>77</sup>, destacando-se a sua Tese de Doutoramento onde, à luz de uma história conceptualizante e sob a influência de German Berrios, estudou os principais protagonistas entre 1824 e 1924, assim como a evolução dos quadros nosológicos e das terapêuticas instituídas<sup>78</sup>. Já Fernandes da Fonseca considera que, nos seus alvares, a Psiquiatria Clássica recorria do ponto de vista terapêutico frequentemente ao uso de medidas de carácter institucional. No entanto estas medidas originavam com elevada frequência dois fenómenos negativos, que o autor denomina de hospitalismo e regressão. O hospitalismo corresponde a uma situação gerada após uma elevada permanência num hospital e que se caracteriza por um desejo de não sair da instituição pois desligaram-se do seu espaço vivencial habitual,

---

<sup>73</sup> Idem, *ibidem*, pp. 211-213.

<sup>74</sup> Nuno Borja Santos, “O Hospital de Rilhafoles e os Asilos de Alienados na Europa do Século XIX”, in *Psilogos*, Vol. 9, n.º 2, Dezembro de 2011, p. 79.

<sup>75</sup> Idem, *Ibidem*, p. 79.

<sup>76</sup> José Manuel Morgado Pereira, “Mudanças de Paradigma na Psiquiatria Portuguesa”, in Maria Manuela Tavares Ribeiro, *Outros Combates pela História*, Coimbra, Imprensa da Universidade de Coimbra, 2010.

<sup>77</sup> José Manuel Morgado Pereira, “A psiquiatria no tempo da I República”, in Maria Rita Lino Garnel (coord. Científica), *Corpo. Estado, Medicina e Sociedade no Tempo da I República*, dirigido, Lisboa, Comissão Nacional para as Comemorações do Centenário da República, Lisboa, Julho de 2010.

<sup>78</sup> José Manuel Morgado Pereira, *A Psiquiatria em Portugal: Protagonistas e história conceptual (1884-1924)*, Tese de Doutoramento em Altos Estudos em História apresentada ao Departamento de História, Estudos Europeus, Arqueologia e Artes da Faculdade de Letras da Universidade de Coimbra, Coimbra, Setembro de 2015.

deixaram de interagir com os seus próximos e muitas vezes perderam parte da sua capacidade discursiva. O fenómeno da regressão *consiste na manifestação e exibição, por parte destes doentes, de comportamentos do tipo infantil*. A partir da década de 50 com o advento da psicoterapia e da psicofarmacologia esta alteração vai sofrendo modificações, bem como a psicoterapia de grupo, a ergoterapia e a terapia ocupacional que facilitaram um processo de reinserção social. A este processo de *desalienação* da enfermidade correspondeu um aumento, nem sempre esperado, da necessidade de cuidados psiquiátricos primários, sobretudo no que diz respeito ao nível ambulatório e dispensorial<sup>79</sup>. Assiste-se assim a um período de transição entre a assistência psiquiátrica e o conceito de saúde mental onde o centro da iniciativa se transfere do interior das instituições para o seio da comunidade<sup>80</sup>.

No domínio específico do estudo da evolução da Psiquiatria Forense em Portugal destacamos a Tese de Doutoramento de Ana Inês Vizeu Pinto da Cruz onde procurou analisar a receção das ideologias psiquiátricas forenses no nosso país na transição do século XIX para o séc. XX dando especial relevo á figura de Júlio de Matos estudando também, do ponto de vista casuístico, a inimputabilidade criminal em virtude de alienação mental<sup>81</sup>.

As íntimas relações entre a Filosofia e a Psiquiatria foram também alvo de um estudo recente, da autoria de Rui Gabriel da Silva Caldeira. No seu trabalho, o autor procura reformar o conceito de loucura vigente no séc. XX que tem origem numa tradução da filosofia mecanicista de Descartes que concebia o corpo como uma máquina. Para tal vai ao encontro não só do pensamento do filósofo francês como de Hegel, no sentido de justificar a ideia de uma loucura que não residia exclusivamente em causas orgânicas. Busca ainda na fenomenologia de Merleau-Ponty o fortalecimento da desconstrução de uma noção da consciência humana reduzida à caixa craniana bem como de uma noção de comportamento restrita a reações de carácter automático<sup>82</sup>.

---

<sup>79</sup> A. Fernandes da Fonseca, “A psiquiatria em História”, in *Saúde Mental: revista*, Linda-a-Velha, VVKA, Vol. 5, n.º 2, Março/Abril, 2003, pp. 55-56.

<sup>80</sup> O autor refere-nos que *O hospital Conde de Ferreira tem, em nosso entender, todas as condições para reconverter a sua atual estrutura, um tanto estática, numa iniciativa eficiente desse tipo integrado*. Idem, *ibidem*, p. 56.

<sup>81</sup> Ana Inês Vizeu Pinto da Cruz, *História da Psiquiatria Forense em Portugal (1884-1926): a consistente originalidade de Júlio de Matos*, Tese de Doutoramento em Altos Estudos em História, Ramo Época Contemporânea, apresentada ao Departamento de História, Estudos Europeus, Arqueologia e Artes da Faculdade de Letras da Universidade de Coimbra, Setembro de 2016.

<sup>82</sup> Rui Miguel da Silva Caldeira, *Filosofia e Psiquiatria. Loucura, dialética e liberdade. Da Antropologia de Hegel à abordagem crítica e fenomenológica da Psiquiatria no século XX*, Tese de Doutoramento em Filosofia, apresentada à Faculdade de Letras da Universidade de Coimbra, Dezembro de 2015.

A importância no panorama científico e assistencial em Portugal de figuras como Júlio de Matos e Miguel Bombarda fundamenta o interesse demonstrado desde os meados do séc. XX por estas figuras, com especial incidência em Luís de Pina<sup>83</sup>, Luís Navarro Soeiro<sup>84</sup>, Barahona Fernandes<sup>85</sup>, José de Matos Sobral Cid<sup>86</sup>, Pedro Cintra<sup>87</sup>, José Manuel Morgado Pereira<sup>88</sup>, Ana Leonor Pereira<sup>89,90</sup> entre outros<sup>91</sup>.

A figura de António Maria de Sena tem sido também alvo de estudos pontuais de autores portugueses. Nuno Borja Santos alude ao pensamento do alienista português enfatizando a sua filiação na teoria da degeneração, embora o mesmo não negasse a existência da denominada loucura accidental que podia surgir *num cérebro sem nódoa hereditária*<sup>92</sup>. Também Carlos Mota Cardoso, antigo diretor do HCF, tem sido sensível a esta figura, frequentemente considerada o pai da Psiquiatria em Portugal, tendo realizado alguns estudos sobre a evolução das ideias psiquiátricas no alienista beirão<sup>93</sup>.

Descurada pela historiografia parece ter sido a figura de Luís Cebola, psiquiatra do início do séc. XX que dirigiu a Casa de Saúde do Telhal entre 1911 e 1949. Recentemente Denise Pereira investigou a sua vida e carreira tendo por base a sua conceção da prática clínica e o seu posicionamento ideológico impresso na atividade assistencial da instituição que dirigiu. A autora concluiu pela atualização da dita instituição no que se

<sup>83</sup> Luís de Pina, “Três momentos vitais de Júlio de Matos”, Lisboa, Separata da *Imprensa Médica* n.º XXII de Fevereiro de 1958.

<sup>84</sup> Luís Navarro Soeiro, “Júlio de Matos – sua personalidade e alguns aspectos da sua obra”, Porto, Separata do *Portugal Médico*, Vol. XLI, N.º 1, Janeiro de 1957.

<sup>85</sup> Barahona Fernandes, “Júlio de Matos – alienista filósofo”, Lisboa, Separata de *O Médico*, Abril de 1958.

<sup>86</sup> José de Matos Sobral Cid, “O professor Miguel Bombarda: a sua carreira e a sua obra de alienista”, in *Obras de José de Matos Sobral Cid*, Lisboa, Lisboa, Fundação Calouste Gulbenkian, II Vol., 1984, pp. 3 – 21, 1ª edição em Dezembro de 1927.

<sup>87</sup> Pedro Cintra, *Miguel Bombarda – Preservar a Memória*, Lisboa, Casa das Letras, 2012.

<sup>88</sup> José Manuel Morgado Pereira, *A Psiquiatria em Portugal, Protagonistas e história conceptual (1884-1924)*, *Op. cit.*

<sup>89</sup> Ana Leonor Pereira, Maria Fernanda Rollo (coord. geral), “Matos, Júlio Xavier de (1856-1922)”, in *Dicionário de História da I República e do Republicanismo*, Lisboa, Edição da Assembleia da República, Volume II: F-M, Abril de 2014, pp. 793-796.

<sup>90</sup> Ana Leonor Pereira, Maria Fernanda Rollo (coord. geral), “Bombarda, Miguel Augusto (1851-1910)”, in *Dicionário de História da I República e do Republicanismo*, Lisboa, Edição da Assembleia da República, Volume I: A-E, Abril de 2014, pp. 432-434; Ana Leonor Pereira, João Rui Pita, coord., *Miguel Bombarda e as singularidades de uma época: 1851-1910*, Coimbra, Imprensa da Universidade de Coimbra, 2006.

<sup>91</sup> Já após o término da escrita desta Tese tivemos conhecimento dos resultados da investigação de Tânia Sofia Ferreira que centrou a sua Dissertação de Mestrado na figura de Júlio de Matos onde procurou articular o trabalho científico do alienista português com o quadro científico e o contexto social nacional no final do séc. XIX e início do séc. XX. Veja-se Ana Sofia Ferreira, *Júlio de Matos e o Alienismo em Portugal*, Dissertação de Mestrado em História Contemporânea, Porto, Faculdade de Letras da Universidade do Porto, exemplar policopiado, 2017.

<sup>92</sup> Nuno Borja Santos, *Op. cit.*, pp. 69-70.

<sup>93</sup> Carlos Mota Cardoso, *Nódoas na alma – a medicina e a loucura*, Porto, Gradiva, 2008.

refere aos preceitos terapêuticos da época quando comparada com as outras instituições existentes a nível nacional e europeu, referindo também que o esquecimento a que este médico foi dotado pelos seus pares e pelos historiadores se deveu a circunstâncias como o facto de não ter formado discípulos, não ter desenvolvido projetos de investigação bem como devido às suas críticas sociopolíticas que censuravam o Estado Novo, a Igreja Católica e a psicocirurgia<sup>94</sup>.

A História da Farmácia e do Medicamento têm sido alvo de profundos trabalhos da autoria de Ana Leonor Pereira e de João Rui Pita quer em nome individual ou em parceria. Os seus estudos incidem sobre uma vasta cronologia no entanto o período da I República tem suscitado um maior número de publicações nesta matéria. Assim, a revolução farmacológica é analisada considerando a evolução dos medicamentos<sup>95</sup>, da indústria farmacêutica<sup>96</sup>, da regulação, circulação e distribuição da penicilina em Portugal<sup>97</sup>, publicando também estudos sobre o desenvolvimento da farmácia e da classe dos farmacêuticos no nosso país<sup>98</sup>.

O contributo do Centro de Estudos Interdisciplinares do Século XX da Universidade de Coimbra tem-se materializado através de diversas publicações e da realização das Jornadas Internacionais de História da Psiquiatria e Saúde Mental, espaço por excelência de divulgação e debate entre os investigadores versados nestes domínios.

A figura do Joaquim Ferreira dos Santos tem sido estudada por Jorge Fernandes Alves que trabalhou a sua biografia<sup>99</sup> e procurou inserir o futuro Conde de Ferreira no contexto da sociedade Oitocentista portuguesa e o seu papel *na reconfiguração das*

---

<sup>94</sup> Denise Maria Borrega Pereira, *Visões da Psiquiatria, Doença Mental e República no Trabalho do Psiquiatra Luís Cebola (1876-1967): uma Abordagem Histórica nas Encruzilhadas da Psiquiatria, Ideologia Política e Ficção, em Portugal, na Primeira Metade do Século XX*, Dissertação para a obtenção do Grau de Doutor em História, Filosofia e Património da Ciência e da Tecnologia, Faculdade de Ciência e Tecnologia da Universidade Nova de Lisboa, Outubro de 2015.

<sup>95</sup> João Rui Pita, Ana Leonor Pereira, Maria Fernanda Rollo (Coord. Geral), “Medicamentos”, in *Dicionário de História da I República e do Republicanismo*, Lisboa, Edição da Assembleia da República, Volume II: F-M, Abril de 2014, pp. 797-799.

<sup>96</sup> João Rui Pita, Ana Leonor Pereira, Maria Fernanda Rollo (Coord. Geral), “Indústria Farmacêutica”, in *Dicionário de História da I República e do Republicanismo*, Lisboa, Edição da Assembleia da República, Volume II: F-M, Abril de 2014, pp. 443-444.

<sup>97</sup> Victoria Bell, João Rui Pita, Ana Leonor Pereira, “Regulação, circulação e distribuição da penicilina em Portugal (1944-1954)”, *Dynamis* n.º 37, Granada, 2017, pp. 159-186.

<sup>98</sup> João Rui Pita, Ana Leonor Pereira, Victoria Bell, “Pharmacy in Portugal (1950-2010) and the Pharmacist Profession”, in *Acta Medicorum Polonorum* n.º 4, Poznan, 2014, pp. 29-52; João Rui Pita, Victoria Bell, Ana Leonor Pereira, “Histoire de la pharmacie au Portugal (1900-1950): l’industrie pharmaceutique et la pharmacie d’officine”, in *Revue d’Histoire de La Pharmacie*, LXV, n.º 393, 1º Trim., 2017, pp. 65-76.

<sup>99</sup> Jorge Fernandes Alves, “Percursos de um Brasileiro do Porto - o Conde de Ferreira”, in *Revista da Faculdade de Letras - História*, Série, vol. IX, Porto, Universidade do Porto, 1992.



*práticas tradicionais de benemerência*<sup>100</sup>. Também José Capela, através da análise da sua correspondência, contribuiu para um maior conhecimento da sua vida, incidindo o seu trabalho na atividade comercial de Joaquim Ferreira os Santos, que lhe granjeou a fortuna<sup>101</sup>.

A História do Hospital Conde de Ferreira tem sido pontualmente alvo de interesse de alguns investigadores. Num artigo intitulado *A psiquiatria em História*, Fernandes da Fonseca tece rasgados elogios à atividade assistencial do hospital portuense, chegando inclusive a apelida-lo de *pequena Salpetière*. Considera que nas primeiras décadas do seu funcionamento, os seus responsáveis souberam elevar a instituição do ponto de vista da assistência prestada aos alienados, tendo sido este hospital construído tendo em conta conceções esquirolianas, onde pela primeira vez no nosso país, critérios estatísticos, clínicos e sociais sobre as doenças mentais *foram aplicados* devido a AMS. Já Magalhães Lemos encetou estudos anátomo-patológicos de demências também eles inovadores<sup>102</sup>.

Pedro Teixeira Pereira *et al* é autor de um artigo onde é analisada a história dos HCF entre 1883 e 1908 no qual se faz referência ao movimento de doentes, a sua caracterização segundo a sua faixa etária, o seu estado civil, a sua profissão entre outros sendo também importante as referências a tratamentos fundamentados na hidroterapia e na ergoterapia que eram aplicados no hospital<sup>103</sup>.

Maria Antónia Lopes procurou também avaliar a mobilidade de pessoas gerada pela eficácia hospitalar resultante de progressos no âmbito terapêutico pelo que estudou os casos do Hospital de Rilhafoles e do Hospital Conde de Ferreira concluindo que ambas as instituições geravam mobilidade, apesar das medidas que eram tomadas no sentido de a diminuírem. Tal circunstância resultava do facto da tríade alimentação, repouso e agasalho ser progressivamente ultrapassada pelos progressos assistenciais, aos quais os pequenos hospitais locais da misericórdia não podiam dar resposta. Deste modo, assiste-se a uma mudança de paradigma pois encontrava-se legitimada a procura de cuidados de saúde noutras partes de Portugal pois nem todos os hospitais eram equivalente entre si<sup>104</sup>.

---

<sup>100</sup> Jorge Fernandes Alves, “O Legado do Conde de Ferreira e o Hospital de Alienados na reconfiguração da filantropia tradicional.”, in *Saúde, Ciência, Património: Atas do III Congresso de História da Santa Casa da Misericórdia do Porto*, Porto, Santa Casa da Misericórdia do Porto, 2016, pp. 159-174.

<sup>101</sup> José Capela, *Conde de Ferreira & C.a Traficantes de escravos*, Porto, Edições Afrontamento, Outubro de 2012.

<sup>102</sup> A. Fernandes da Fonseca, *Op. cit.*, pp. 54-56.

<sup>103</sup> Pedro Teixeira Pereira, Eva Gomes, Olga Martins, “Alienação no Porto: O Hospital de Alienados do Conde de Ferreira (1883-1908)”, in *Revista da Faculdade de Letras – História*, Porto, vol. 6, 2005.

<sup>104</sup> Maria Antónia Lopes, “Buscando a saúde. Os hospitais enquanto geradores de mobilidade em Portugal na 2ª metade do séc. XIX”, *Op. cit.*, p. 175.

## Metodologia e problematização

A escolha, como campo de estudo para esta Tese, de uma temática indexada à História da Psiquiatria, surgiu de forma natural na medida em que intercepta dois domínios que desde há muito figuram no nosso leque de interesses. Se esta escolha foi efetuada com relativa rapidez e facilidade, o mesmo não se pode dizer da necessária delimitação do objeto de estudo, quer do ponto de vista temático quer cronológico. De entre várias hipóteses, como correntes de pensamento, figuras de renome, políticas de saúde, visões sociológicas da saúde mental, representações imagéticas dos alienados, evolução das práticas assistenciais, as instituições prestadoras de cuidados, entre outros assuntos, muito poderíamos ter feito para acrescentar mais um contributo para o estudo da História da Psiquiatria. No entanto, sendo o nosso quotidiano profissional vivenciado no seio de um departamento de neurociências e saúde mental, integrado num hospital geral universitário, sentimo-nos sensibilizados pela importância casuística do contexto hospitalar na prestação de cuidados a estes doentes. Tal fenómeno aproximou-nos da importância destas instituições na construção do saber científico e na praxis neste domínio. A divisão da História da Psiquiatria em Portugal proposta por autores como Barahona Fernandes e também Luís de Pina convergem na importância da criação de hospitais especializados no tratamento das doenças psiquiátricas pelo a nossa escolha iria recair sobre as instituições que, de forma pioneira e exclusiva, se dedicaram a cuidar de alienados tendo nós optado por estudar o Hospital de Alienados do Conde de Ferreira, o primeiro hospital a ser construído de raiz em Portugal para o tratamento de doenças mentais<sup>105</sup>.

Definido o objeto de estudo, importava balizá-lo cronologicamente. Este processo metodológico compreende a existência de momentos que consubstanciem uma alteração das práticas vigentes, uma conjuntura de rutura social, política ou científica com repercussões no quotidiano assistencial dos alienados. Considerámos assim que este estudo deviria incidir desde logo sobre o início da entrada em funcionamento do HCF ou seja, em 1883, na medida em que representava, ou procurava representar, pelo que

---

<sup>105</sup> Luís Graça diz-nos que os estudos que aludem à evolução dos hospitais e restantes serviços de saúde em Portugal são escassos e frequentemente *iatrocêntricos*, faltando explorar uma série de acervos documentais dos arquivos de muitos hospitais e misericórdias. Luís Graça, *Op. cit.* Encontra-se em elaboração uma Tese de Doutoramento em História Contemporânea que incide sobre o outro hospital de alienados em Portugal que se encontrava em funcionamento no séc. XIX, o Hospital de Rilhafoles, o que atesta a importância do estudo destas instituições para o entendimento da assistência a estes doentes.

podemos perceber pelos discursos de António Maria de Sena, uma rutura com as práticas assistenciais vigentes no Hospital de Rilhafoles. Apesar de numa fase inicial não pudermos comprovar uma efetiva alteração destas práticas, julgámos que os discursos representavam, só por si, uma importante rutura com os métodos de tratamento instituídos. No que se refere ao limite cronológico do nosso estudo surgiu a hipótese de considerar o ano de 1910, não tanto pelas profundas alterações políticas que resultaram da instituição da República, mas sim pelas reformas no ensino que foram por ela patrocinadas, nomeadamente a criação das Universidades de Lisboa e do Porto bem como a introdução de disciplinas no âmbito da Psiquiatria nas Faculdades de Medicina existentes. Estamos em crer que esta mudança se afigura como pertinente e catalisadora de importantes transformações passíveis de alterar o quadro assistencial vigente. A nossa opinião é corroborada quer por Barahona Fernandes quer por Luís de Pina pois na periodização que encetaram da História da Psiquiatria em Portugal ambos consideram que o ensino oficial da Psiquiatria representa um momento de viragem nas práticas vigentes. Todavia, esta definição cronológica apresenta-se como permeável a incursões a outros períodos, sobretudo anteriores a 1883 pois só assim podemos perceber as circunstâncias que conduziram à fundação do HCF, integrando-as no contexto evolutivo da Psiquiatria em Portugal.

Após a definição do objeto de estudo e da cronologia a adotar, várias questões foram sendo levantadas quer a quando do início do estudo quer no decorrer do mesmo fruto do diálogo que se foi estabelecendo com o objeto de estudo. Cedo percebemos que traçar um quadro evolutivo do modelo de assistência aos doentes mentais em Portugal até à atualidade se apresentava como uma tarefa dificilmente exequível no âmbito de uma Tese de Doutoramento com recursos, sobretudo temporais, limitados. Deste modo e considerando a temática e cronologia adotadas, procurámos perceber como se iniciou o processo de institucionalização dos alienados em Portugal, que teorias científicas e filosóficas estiveram na base das medidas adotadas, qual a visão da sociedade perante este novo paradigma de assistência ou ainda que posições políticas contribuíram para que o novo modelo assistencial fosse uma realidade para posteriormente compreendermos qual o papel que o HCF desempenhou no panorama nacional de assistência aos alienados. Como já referenciado, alguns autores, como Ana Leonor Pereira, fizeram já incidir alguns trabalhos sobre a institucionalização dos alienados em Portugal onde analisam os factos que levaram à fundação do primeiro hospital de alienados no país. Indagava também se a nova instituição consubstanciava um salto qualitativo no que dizia respeito à assistência

aos alienados em Portugal, adotando práticas assistenciais adequadas e renegando outras que se mantinham em uso no Hospital de Rilhafoles. A caracterização da atividade assistencial no HCF no período em estudo consubstanciou também um importante objetivo da nossa investigação. Deste modo enveredámos pelo estudo de diversos indicadores como a taxa de curabilidade, de mortalidade, o movimento dos doentes assim como procurámos estudar a atividade das diversas oficinas existentes integrando-as no processo terapêutico dos doentes. Considerámos ainda importante conhecer a população que se encontrava internada na instituição pelo que investigámos vários indicadores sociodemográficos como a idade, naturalidade, sexo, estado civil e profissão que nos ajudaram a caracterizar os doentes internados. Embora estes dados não nos permitam extrapolar as conclusões obtidas para a restante população alienada, em muito contribuiu para traçarmos um quadro que nos ajudasse a entender que população tinha acesso a cuidados diferenciados.

O modelo organizacional do Hospital Conde de Ferreira mereceu-nos também algumas interrogações. Sendo esta instituição afeta á Santa Casa da Misericórdia do Porto, debruçámo-nos sobre as relações institucionais entre o hospital de alienados e a Mesa da Misericórdia local, procurando além disso perceber quais as dinâmicas internas que consubstanciavam o exercício do poder no seio da instituição.

Com o decorrer desta investigação, outros assuntos foram surgindo, nomeadamente no que diz respeito à importância económica do trabalho dos alienados em contexto hospitalar que por alguns autores, como Ana Leonor Pereira e José Morgado Pereira, é tido como determinante na instituição das práticas ergoterápicas e fundamental para a economia hospitalar. Estes investigadores creem que o trabalho efetuado pelos alienados no interior das instituições servia sobretudo propósitos de índole financeiro, pois o Iluminismo liberal da época distinguia os indivíduos de acordo com a sua produtividade. Neste sentido, os alienados, frequentemente entregues a longos períodos de ociosidade, não se enquadravam nos traços fundamentais da natureza humana *tal como o iluminismo liberal a configurou*<sup>106</sup>. Deste modo surgiu a questão sobre a prevalência ou não das justificações de carácter económico sobre as terapêuticas no recurso ao trabalho dos alienados. Tentámos assim perceber se os intervenientes no processo terapêutico destes doentes se regiam por critérios cuja natureza ia ao encontro dos ideais iluministas

---

<sup>106</sup> Ana Leonor Pereira, “A institucionalização da Loucura em Portugal”, *Op. cit.*, p. 89.

vigentes ou se a sua principal preocupação residia na procura de soluções terapêuticas para a alienação mental.

Para responder a estas questões optámos pela análise de fontes contemporâneas da cronologia adotada, tendo em conta que muitas delas se encontram pouco estudadas pela comunidade científica, partilhando da opinião de Luís Reis Torgal quando, no que respeita à metodologia própria do historiador, alude à importância na busca das fontes e na sua interpretação crítica. Cabe-nos não esquecer que é necessário considerarmos que qualquer investigação assenta em metodologias nem sempre definidas na medida em que o processo de investigação, sempre aberto, regulado pela procura das fontes e pela sua interpretação, se vai complexificando à medida que a investigação progride e se alargam as vias de análise, presumindo um nível cultural por parte do historiador cada vez maior<sup>107</sup>.

Ao longo da nossa investigação buscámos a objetividade no estudo das nossas fontes e documentos, procurando conferir-lhe o rigor científico que a História como ciência reivindica. Pautámo-nos por um rigor na sua procura, seleção e interpretação de modo a inserirmos o nosso objeto de estudo na sua realidade histórica<sup>108</sup>.

Comungamos da opinião de Luís Reis Torgal quando assume a existência de uma determinada parcialidade inerente ao trabalho do investigador na medida em que este se encontra inserido num determinado contexto cultural que prima pela sua complexidade<sup>109</sup>. Todavia tal facto não inviabiliza que o saber histórico não seja pautado pela objetividade, devendo os historiadores tratar o objeto de estudo com rigor, levantar frequentemente dúvidas e hipóteses interpretativas numa lógica que conduz a um constante aprofundamento das pesquisas efetuadas<sup>110</sup>.

Recorremos assim ao arquivo da Sanca Casa da Misericórdia do Porto, ao arquivo do Hospital de Santo António e Biblioteca do Hospital Conde de Ferreira. No ASCMP pudemos encontrar uma série de documentos como plantas do HCF, relatórios anuais e livros de atas cuja leitura foi determinante para a elaboração desta Tese. No que se refere aos livros de admissão dos doentes, foi possível consultar alguns exemplares respeitantes aos primeiros anos de funcionamento do HCF que se encontravam no AHSA e na

---

<sup>107</sup> Luís Reis Torgal, *Op. Cit.*, p. 153.

<sup>108</sup> Idem, *ibidem*, p. 143.

<sup>109</sup> Idem, *ibidem*, p. 44.

<sup>110</sup> Idem, *ibidem*, pp. 44-45.

BHCF<sup>111</sup>. A consulta destas fontes permitiu exercícios de hermenêutica embora em algumas matérias tenhamos privilegiado uma abordagem heurística com o propósito de dar a conhecer à comunidade científica documentos que, mais que respostas, nos colocam outras questões e cuja análise posterior poderá conduzir a importantes reflexões no âmbito de diversas temáticas<sup>112</sup>.

Sendo o nosso foco de estudo a assistência aos doentes mentais torna-se imperativo refletir sobre o conceito de assistência. Do ponto de vista etimológico estamos perante um termo cuja significância alude à prestação de ajuda. Todavia o verbo assistir significava frequentemente residir embora remetesse também para a noção de ajuda ou co ajuda em algumas tarefas, assumindo uma relação vertical de dependência. No século XIX acaba por assumir um sentido de assistência social e é adotado pelo discurso oficial português, generalizando-se o seu uso no século seguinte. Note-se que na atualidade esta terminologia se encontra em desuso pois pressupõe relações de subordinação que se opõem a fenómenos de criação de autonomia e de responsabilização, sendo substituída por ação social ou proteção social<sup>113</sup>.

No entanto, no período cronológico em estudo, o Estado demonstra uma dualidade passiva e ativa perante a saúde e a Medicina na medida em que não interfere diretamente na gestão hospitalar mas define as leis e financia as instituições<sup>114</sup>. Em questões de beneficência, o Estado português na centúria de Oitocentos, atuava de duas formas distintas. Por um lado exercia uma forma de administração primária e direta, através do Ministério do Reino, das Juntas Distritais, dos Governos Cíveis e da Administração dos Concelhos, no âmbito do socorro aos expostos, dos subsídios de lactação, da gestão de vários hospitais assim como da Misericórdia de Lisboa e de alguns asilos. Por outro lado exercia uma forma de administração secundária e indireta através de agentes periféricos

---

<sup>111</sup> Infelizmente os processos dos doentes respeitantes à maioria da cronologia adotada não se encontravam organizados de forma a permitir ao investigador uma consulta em tempo útil dos mesmos o que acabou por condicionar o nosso estudo.

<sup>112</sup> Outras fontes poderiam ter contribuído para um estudo mais aprofundado do tema em análise como os mapas diários das dietas, o mapa da despesa geral, os registos dos movimentos da receção dos alimentos, as requisições de medicamentos, o formulário especial para o HCF, o diário terapêutico instituído a partir de 1891, as guias de entrega de roupa, o livro de confeção das roupas novas, o livro de registo de entradas e aplicação dos têxteis e do movimento das roupas do depósito. Não foi possível encontrar estes livros, apesar de nos serem referidos nos regulamentos do hospital.

<sup>113</sup> Maria Antónia Lopes, *Protecção social em Portugal na Idade Moderna*, Coimbra, Editora da Universidade de Coimbra, Abril de 2009, p. 28.

<sup>114</sup> André Filipe Samora Pita, *A cólera em Lisboa (1833 e 1855/56): emergência do poder médico e combate à epidemia no Hospital de São José e enfermarias auxiliares*, Dissertação de Mestrado em História Contemporânea apresentada à Faculdade de Ciências Sociais e Humanas da Universidade Nova de Lisboa em Dezembro de 2017.

do poder central, supervisionando as Misericórdias, as Irmandades, as Ordens Terceiras e outras instituições que foram surgindo ao longo do séc. XIX como os asilos de infância e de idosos, creches, albergues noturnos, dispensários entre outros. Note-se que esta forma de administração indireta era de tal forma *pesada* que se considerava que o Estado acabava também por gerir estas instituições na medida em que estavam obrigadas a apresentar e aguardar aprovação dos seus estatutos, orçamentos, relatórios de contas entre outras ações do quotidiano administrativo<sup>115</sup>.

No que concerne à estrutura do nosso trabalho, procurámos perceber inicialmente qual conhecimento que dispunham os indivíduos que, em Portugal, se interessavam pela sorte dos alienados, sobre outras instituições que, em alguns países europeus, se dedicavam ao seu tratamento. Para tal, no primeiro capítulo, recorreremos aos discursos dos principais intervenientes nestas matérias que procuravam delinear, com base nos exemplos de outros países, qual a melhor estratégia para implementar em Portugal um novo modelo assistencial, baseado na curabilidade dos doentes alienados, considerando, numa fase inicial, a não existência de instituições especializadas e posteriormente a necessidade de adaptação das mesmas perante as alterações no panorama assistencial que vão surgindo. Neste domínio a obra de Bernardino António Gomes mostra-se crucial pois os quatro meses em que visitou vários hospitais na Europa permitiram-lhe contribuir de forma determinante para a implementação do novo modelo assistencial onde o Hospital de Rilhafoles detinha grande importância. Outros autores como Caetano Beirão e Joaquim Bizarro teceram também importantes considerações sobre o modo como deveria ser implementada a nova instituição para acolher alienados em Portugal, pelo que os seus escritos são também alvo da nossa atenção. Embora o nosso objetivo neste trabalho não envolva uma perspetiva comparativa com outras instituições similares a nível europeu, não podemos deixar de aludir aos documentos que os facultativos portugueses escreviam dando conta dos modelos assistenciais existentes noutros países pois é com base no mesmo que se vai procurar adaptar à realidade nacional um novo modelo de assistência em Portugal. Importava posteriormente analisar em que moldes essa mesma assistência se estava a efetivar pelo que procedemos ao estudo da sua situação tendo por base as práticas instituídas antes da inauguração do Hospital de Rilhafoles e as modificações operadas com a sua abertura. Para tal recorreremos aos diversos relatórios produzidos pelos

---

<sup>115</sup> Maria Antónia Lopes, “Buscando a saúde. Os hospitais enquanto geradores de mobilidade em Portugal na 2ª metade do séc. XIX”, *Op. cit.*, pp. 148-149.

diretores das enfermarias de alienados do Hospital de São José e do Hospital de Rilhafolles assim como aos trabalhos de outros alienistas portugueses contemporâneos dos factos como Júlio de Matos, António Maria de Sena e Sobral Cid que produziram documentos onde nos dão conta da situação vivida pelos alienados em Portugal desde meados do séc. XIX até ao início do séc. XX.

Este novo paradigma assistencial, que pressupunha a existência de hospitais especializados no tratamento dos alienados, reclamava a construção de um maior número de instituições. Tal veio a efetivar-se com a construção do HCF no entanto esta obra nasceu dos desígnios de um homem, Joaquim Ferreira dos Santos, que no seu testamento deixou um importante legado para que se procedesse à construção de um hospital para alienados. Importava por isso conhecermos um pouco mais deste benemérito pelo que, no segundo capítulo desta Tese, recorremos a estudos de carácter biográfico de Jorge Alves e José Capela procurando perceber qual a sensibilidade do Conde de Ferreira que o levou a deixar grande parte da sua fortuna para a construção do hospital que viria a ter o seu nome. Optámos ainda por analisar as suas disposições testamentárias para posteriormente darmos conta da sua execução e da evolução estrutural do hospital durante o período em estudo. Os relatórios produzidos anualmente pela SCMP mostraram-se determinantes para a percebermos e que forma o hospital se foi remodelando e ampliando. No entanto, mais do que elencar as obras realizadas procurámos assimilar linhas orientadoras de atuação por parte dos principais responsáveis assim como encontrar as justificações que estiveram na base de determinadas tomadas de decisão.

Consideramos que, tão ou mais importante que as condições físicas e estruturais do hospital, foi o papel que os seus diretores desempenharam durante a sua administração. Optámos então por, no terceiro capítulo, referenciar António Maria de Sena e Júlio de Matos procurando, através das suas biografias e das suas obras, conhecer quais as suas linhas de pensamento científico, que viriam a ter tradução no seu quotidiano profissional. Deste modo, analisámos diversas publicações como *Os alienados em Portugal*, *Relatório do Serviço Medico e Administrativo do Hospital do Conde de Ferreira Relativo ao Primeiro Biennio (1883-1885)*, *Benefícios Sociaes do Hospital do Conde de Ferreira no 1.º Triennio*, *Discursos sobre o Systema Penitenciário* entre outras, de AMS que nos permitiram perceber quais os paradigmas científicos nos quais o autor se movimentava. No caso de Júlio de Matos debruçámo-nos sobre o seu *Manual das Doenças Mentaes*, *Os alienados em Portugal* e *Os Alienados nos Tribunais* com o intuito de proceder-mos a conclusões semelhantes. No que diz respeito aos aspetos biográficos destes alienistas,



recorremos ao trabalho de Carlos Mota Cardoso que se debruçou sobre a vida do alienista beirão e de Luís de Pina e Barahona Fernandes que estudaram a figura de Júlio de Matos.

Erguido o novo hospital e conhecidos os seus mais importantes protagonistas, julgámos pertinente analisar os regulamentos que regiam a instituição, procurando perceber quais as dificuldades sentidas na sua elaboração, a sua evolução e o cumprimento efetivo das suas disposições. Neste sentido, no quarto capítulo, procedemos ao estudo do regulamento provisório datado de 1883, do regulamento definitivo de 1891 e dos regulamentos especiais da cozinha e despensa e também da rouparia datados de 1895. Se o conhecimento das diretivas regulamentares se afigura importante para a compreensão das dinâmicas quotidianas instituídas no HCF, a sua observância não é menos essencial pelo que nos socorremos dos relatórios anuais da SCMP com o intuito de auscultar, de forma direta ou indireta, até que ponto as mesmas eram cumpridas.

O estudo que encetámos sobre a atividade assistencial do hospital centrou-se, no quinto capítulo, numa análise sociodemográfica dos alineados, caracterizando-os de acordo com a sua idade, proveniência, estado civil entre outros critérios e do movimento geral dos doentes internados onde procurámos investigar diversos indicadores nomeadamente o movimento de entrada de doentes, as taxas de curabilidade e de mortalidade. Estes indicadores estatísticos permitem-nos um lado, conhecer sumariamente a população que encontrava no HCF um local onde a esperança de uma cura para a sua afeção mental ganhava tradução assistencial. Por outro, a qualidade da assistência prestada pode também ser atestada considerando os diversos indicadores analisados. Os dados tratados foram recolhidos nos diversos relatórios produzidos pela Misericórdia Portuense e no primeiro relatório bianual que António Maria de Sena produziu.

Posteriormente, no último capítulo, focámos a nossa atenção nos recursos terapêuticos utilizados quer no plano físico, como a hidroterapia e as terapias farmacológicas, quer no plano moral, como o isolamento e a ergoterapia, na medida em que eram estas as terapias que no HCF consubstanciavam os planos terapêuticos instituídos aos alienados. Para compreendermos as dinâmicas terapêuticas vigentes neste hospital recorremos igualmente aos relatórios da SCMP e a alguns processos clínicos que nos foi possível consultar. Também o regime alimentar dos doentes nos mereceu reparo na medida em que muitos alienados eram admitidos no hospital com graves carências nutritivas pelo que se exigia uma alimentação adequada. Deste modo, procedemos à análise das tabelas que regiam a alimentação dos alienados.

Optámos pela inclusão de diversos gráficos ao longo do nosso estudo na medida em que permitem uma visualização muitas vezes imediata de tendências e realidades que procurámos analisar. Para anexo remetemos as tabelas que nos permitiram a construção gráfica e que possibilitam um conhecimento mais pormenorizado dos dados recolhidos.

## 1 – Da assistência aos alienados até ao final do séc. XIX

*Coitado do pobre louco,  
que assim morria em cruel tormento,  
vítima de conceitos falsíssimos*<sup>116</sup>.

A temática da História da Psiquiatria tem despertado, ao longo da Idade Contemporânea, um particular interesse. Se, numa fase inicial, foi a comunidade médica responsável por vários estudos neste âmbito, muitas vezes como introdução à situação real do país e procurando alertar os poderes políticos para conferirem maior dignidade no trato aos alienados, no séc. XX assistimos a importantes investigações da responsabilidade da comunidade historiográfica.

Ao longo deste capítulo vamos procurar perceber qual a perceção dos alienistas e outros médicos portugueses com interesse nas matérias de auxílio aos loucos face ao quadro assistencial perpetrado em alguns países da Europa e da América. Para tal, socorrer-nos-emos de estudos de autores portugueses contemporâneos do período da nossa investigação, que em muito contribuíram para trazer para o domínio público português as iniciativas de assistência aos alienados que germinavam noutras latitudes.

Das obras mais importantes consultadas destacamos o livro de Bernardino António Gomes intitulado *Dos Estabelecimentos de Alienados nos Estados Principaes da Europa*, impresso pela primeira vez em 1844. Esta monografia resulta de uma viagem que o autor efetuou pela Europa, nomeadamente Bélgica, Holanda, Itália, França, Inglaterra e alguns Estados da Alemanha. A jornada durou quatro meses e foi protagonizada também pelo Marquês do Faial, António Cabral de Sá Nogueira e Francisco de Assis Bastos<sup>117</sup>. Paralelamente a uma descrição pormenorizada das instituições que o alienista português visitou, algumas delas acompanhadas de plantas que auxiliam o leitor a melhor visualizar os diferentes espaços dos hospitais, tece importantes considerações sobre as condições assistenciais, bem como sobre os métodos terapêuticos utilizados, revelando um apurado sentido crítico que só se compreende como resultado de um elevado interesse nos assuntos versados.

---

<sup>116</sup> António Maria de Sena, *Os alienados em Portugal*, Porto, Ulmeiro, 2003, p. 78. 1ª Edição em 1883.

<sup>117</sup> Bernardino António Gomes, *Dos Estabelecimentos de Alienados nos Estados Principaes da Europa*, Lisboa, Ulmeiro, 1999, p. 5. 1ª Edição em 1843.

Um dos objetivos desta viagem prendia-se assim com a visita a instituições públicas e privadas para o acolhimento de alienados, pois era uma temática que se encontrava em discussão no Portugal de Oitocentos com o intuito de melhorar a sorte destes doentes. Por outro lado, ao Marquês do Faial poderiam ser importantes as informações recolhidas visto que desempenhava funções de Presidente da Comissão da Misericórdia e Hospital de São José<sup>118</sup>.

Para a elaboração desta obra o autor efetuou a inspeção de estabelecimentos para alienados, interrogando diretores e outros empregados das instituições procurando conhecer as dinâmicas administrativas e médicas vigentes. Recorreu também à leitura de diversa literatura especializada bem como das leis e regulamentações dos hospitais visitados<sup>119</sup>.

Com esta viagem e os dados recolhidos foi possível justificar o parecer dado no sentido da apropriação do edifício da luz para a instalação de um hospital para alienados, solicitado pela Comissão da Misericórdia. Note-se que Bernardino António Gomes se tenta distanciar de quaisquer interesses particulares afirmando que as suas opiniões *são filhas de uma convicção sincera*<sup>120</sup>.

Outra obra de elevada importância para o estudo deste tema foi escrita por António Maria de Sena, o primeiro diretor do Hospital Conde de Ferreira, impressa em 1883 com o título *Os alienados em Portugal*<sup>121</sup>. Esta publicação surge como fruto da necessidade que o alienista beirão sentiu de conhecer qual a situação dos alienados no seu país, para assim poder desempenhar de modo cabal as suas novas funções à frente dos destinos do hospital portuense. No entanto os seus contributos não se situam apenas no plano da atualidade, mostrando-nos que tinha um profundo conhecimento da evolução da assistência psiquiátrica no nosso país bem como noutras nações estrangeiras. São demoradas, pertinentes e merecedoras de uma leitura e estudo atento as suas considerações sobre as condições assistenciais no Hospital de Rilhafoles que visita no início da década de 80 do séc. XIX<sup>122</sup>. Realçamos ainda o inquérito que promoveu em todo o país, entre Novembro de 1881 e Novembro de 1882, através do qual procurou conhecer a real situação dos alienados em Portugal.

---

<sup>118</sup> Idem, *ibidem*, p. 7.

<sup>119</sup> Idem, *ibidem*, pp. 8-9.

<sup>120</sup> Idem, *ibidem*, p. 10.

<sup>121</sup> António Maria de Sena, *Op. cit.*

<sup>122</sup> Refira-se que numa dessas visitas se fez acompanhar por um estudante de Belas Artes que procurou retratar de modo fiel algumas das repartições e meios de contenção mecânica existentes no Hospital de Rilhafoles, que se configuram hoje como uma importante fonte para o estudo que procuramos desenvolver.

Também Júlio de Matos, sucessor de Sena na administração deste hospital, faz publicar algumas obras nas quais alude aos diferentes momentos e protagonistas do auxílio aos alienados, centrando-se sobretudo no caso português ainda que com referências pontuais aos desenvolvimentos na matéria noutros países europeus.

Consideramos ainda relevantes as reflexões de Sobral Cid que, tendo sempre em vista a procura de soluções conducentes a uma melhoria dos cuidados prestados a esta população enferma, nos informa sobre a evolução assistencial operada em alguns países europeus, sendo perceptível uma estratégia de transplantação e adaptação para a realidade portuguesa das boas práticas mencionadas<sup>123</sup>.

Não são também de descurar algumas dissertações inaugurais apresentadas às Escolas Médico Cirúrgicas existentes que denunciam um cada vez maior interesse da comunidade científica quanto às questões da assistência aos alienados. Nestes contributos frequentemente encontramos valiosas referências às práticas assistenciais seguidas na Europa acompanhadas de sugestões que visavam a alteração de métodos e comportamentos instituídos. Destacamos neste âmbito António Emílio Antunes de Vasconcelos com a sua Tese *A assistência familiar dos alienados* datada de 1908, na qual nos vai traçar um panorama geral europeu no que a esta forma de assistência dizia respeito<sup>124</sup>.

Cabe-nos ainda lembrar que, embora a cronologia adotada esteja balizada pela abertura do Hospital Conde de Ferreira, em 1883 e a Implantação da República, em 1910, a mesma não é nem pode ser estanque. Assim, permitimo-nos a incursão a datas anteriores e mesmo posteriores à cronologia em estudo que nos possibilitam um conhecimento mais profundo dos protagonistas nacionais no que se referia ao progresso da assistência aos alienados.

---

<sup>123</sup> José de Matos Sobral Cid, “Processo histórico e moderna orientação da assistência psiquiátrica” in *Obras de José de Matos Sobral Cid*, Lisboa, Fundação Calouste Gulbenkian, 1984, pp. 125-148. 1ª Edição em 1931.

<sup>124</sup> António Emílio Antunes de Vasconcelos, *A assistência familiar dos alienados*, Dissertação inaugural apresentada á Escola Médico-cirúrgica do Porto, Porto, Typ. a vapor da “enciclopédia Portuguesa”, 1908.

### 1.1– O nascimento de um novo paradigma

*Pertence ás glorias do seculo em que nascemos e temos vivido, a de considerar os loucos como doentes, para quem devia haver os mesmos cuidados, dispensados aos enfermos de outras moléstias*<sup>125</sup>.

As moléstias mentais cedo foram consideradas moléstias cerebrais, constituindo-se durante a época hipocrática como um ramo da Medicina, doutrina perpetuada por médicos gregos e romanos, como Galeno, Areteo e Coelio Aureliano. Com a decadência da Época Clássica e o crescente predomínio das doutrinas eclesiásticas, assistimos ao florescimento de concepções baseadas em fundamentos religiosos que renegavam as doutrinas anteriormente vigentes<sup>126</sup>.

À crescente influência de pressupostos religiosos em todos os domínios das sociedades, nomeadamente na Medicina, correspondeu uma importante alteração nos fundamentos terapêuticos, sendo as doutrinas humorais substituídas por torturas, flagelações, exorcismos e mesmo a morte<sup>127</sup>.

O discurso da Igreja, que apregoava como certa a existência do Diabo e a sua capacidade de se introduzir no seio de qualquer indivíduo, considerava que apenas rezas poderiam expulsar o demo do interior dos possessos, à semelhança de práticas adotadas por Cristo<sup>128</sup>. Numa lógica semelhante, em Portugal foram muitos os loucos que, julgados feiticeiros, viram os seus dias terminarem nas fogueiras do Terreiro do Paço, sob o olhar atento de multidões que se regozijavam com o espetáculo oferecido<sup>129</sup>.

Estas doutrinas foram dominantes até meados do séc. XVIII quando se dá o renascimento da Psiquiatria<sup>130</sup>, fruto de uma menor influência da Igreja que permitiu à

<sup>125</sup> Santa Casa da Misericórdia do Porto, *Relatório dos Actos da Mesa da Santa Casa da Misericórdia do Porto*, Porto, Typographia de A. J. da Silva Teixeira, 1886, p. 191.

<sup>126</sup> Sena desde cedo se mostra crítico para com a Igreja afirmando que *a concepção hipocrática e galénica – doença mental é doença cerebral, que servia de alicerce seguro e verdadeiro ao edifício da psiquiatria, substitui-se pelas doutrinas neblosas dos escolásticos e dos padres, que consideravam os alienados em geral, como possessos do diabo, bruxos e feiticeiros*. António Maria de Sena, *Op. cit.*, p. 76.

<sup>127</sup> Sena chega mesmo a considerar que *os padres tomaram o lugar dos médicos na assistência os alienados*. Idem, *ibidem*, p. 76.

<sup>128</sup> O autor considera que *a fogueira era a droga para os plebeus mais endiabrados*, no entanto, poderiam ser empregues *formas especiais da farmacopeia da Igreja* caso o indivíduo fosse nobre. Idem, *ibidem*, pp. 75-77.

<sup>129</sup> É-nos relatada a primeira execução no Terreiro do Paço, datada de 2 de Setembro de 1540. Sena mostra-se entristecido pela sorte dos alienados afirmando que *assim morria em cruel tormento, vítima de conceitos falsíssimos, implantados na alma portuguesa por uma educação virulenta e atroficante*. Idem, *ibidem*, pp. 77-78.

<sup>130</sup> Entendemos que a Psiquiatria renasce no final do séc. XVIII, inícios do séc. XIX considerando a retoma da concepção grega de uma etiologia cerebral da doença mental.

Medicina começar a desbravar o terreno, abandonado desde a época galénica, e encetar estudos positivos, sobretudo em anatomia<sup>131</sup>.

Embora a Psiquiatria, como ramo da Medicina menos cultivado, não tivesse sofrido alterações relevantes imediatas, os primeiros estudos positivos colocaram dúvidas sobre as conceções em vigor, equacionando-se se o louco era ou não possuído pelo Diabo e, conseqüentemente se deveria ser entregue aos padres ou aos médicos<sup>132</sup>.

Também Sobral Cid nos elucida sobre a sorte dos alienados considerando que na sociedade medieval o seu destino era muito cruel. Caso o alienado fosse também suspeito de bruxaria era ainda sujeito a exorcismos, julgado pelos tribunais da Igreja e muitas vezes levados à *fogueira purificadora e expurgado do espírito maligno*<sup>133</sup>. O alienista português considera ainda que estas práticas eram reflexo de uma sociedade embutida numa representação *mística do mundo e em particular do mito demoníaco*. Assim sendo não eram de estranhar estes comportamentos perante o *misterioso e impressionante fenómeno da loucura*<sup>134</sup>.

Os alienados eram muitas vezes tidos como adoradores do Diabo e frequentemente, fruto da sua patologia, os próprios se diziam possuídos pelo demónio. A única solução era a intervenção divina e o *fogo era capaz de purificar a alma do alienado, expulsando o demónio que ele tinha elegido para seu domicílio*<sup>135</sup>.

Após a extinção das fogueiras medievais, muitos alienados continuavam a encontrar o seu destino na fogueira mas desta vez com o aval da Inquisição, misturados e confundidos com heréticos<sup>136</sup>.

Começava a nascer no interior de alguns médicos como Platter, Wayer, Leloyer, Baillou, Sennert, Sylvius de la Boe, Willis, Sauvages, Lary e Cullem a procura da observação clínica destes indivíduos, reduzindo a sua condição a simples desordens nervosas filiadas em diferentes doutrinas médico-filosóficas: os humanistas

---

<sup>131</sup> Idem, *ibidem*, pp. 78-79.

<sup>132</sup> Idem, *ibidem*, p. 78.

<sup>133</sup> O autor refere-nos que o alienado era *enclausurado e sepultado em vida nas torres das muralhas que cingiam os burgos nascentes, ora enjaulado como as feras e exposto nas portas da cidade à curiosidade do público*. José de Matos Sobral Cid, *Op. cit.*, p. 127.

<sup>134</sup> Idem, *ibidem*, p. 127.

<sup>135</sup> Esta situação era comum a grande parte da Europa onde, desde o séc. XIII ao séc. XVI *foi um incessante atear de labaredas onde dezenas de milhares de alienados foram sacrificados ao mito de satã*. Idem, *ibidem*, p. 128.

<sup>136</sup> Nas palavras de Sobral Cid: *triste foi ainda a sorte e desoladoras as condições do alienado não só no Renascimento mas já em plena Idade Moderna, quase até aos nossos dias*. Idem, *ibidem*, p. 128.

consideravam ser resultado de distúrbios humorais e os solidistas como fruto de alterações anatómicas<sup>137</sup>.

A sociedade continuava, no entanto, a ver o alienado como um louco agitado e furioso que perturbava a ordem social, que era perigoso e, como tal, era imperativa a sua sequestração, não sendo o mesmo digno de quaisquer cuidados<sup>138</sup>.

Para Sena, numa fase inicial, a Psiquiatria assentou sobre um fundo puramente psicológico, que considerava o alienado como um iludido do espírito, possuído por um erro que era também necessário expulsar. Posteriormente, com o movimento científico dos finais do séc. XVIII, a concepção hipocrática e galénica que atribuíra os fenómenos da loucura a lesões cerebrais ou a lesões noutros órgãos simpaticamente conectados com o cérebro, foi sendo reavivada. Se a teoria dos humores justificava primariamente as alterações primitivas no comportamento dos indivíduos, os avanços na ciência vieram renegar a influência desta doutrina<sup>139</sup>.

À evolução da Psiquiatria opuseram-se teólogos e filósofos depositários das doutrinas tradicionais que viam no desenvolvimento desta ciência um perigo para as suas concepções religiosas<sup>140</sup>.

Com o desenvolvimento de uma escola somática que fundou a anatomia patológica da alienação mental, que e debruçou sobre as lacunas fisiológicas nos alienados bem como as suas correlações com sintomatologia física por todos observável, a Psiquiatria renasce e a influência da Igreja ganha um carácter que tende a ser residual<sup>141</sup>.

Quando admitidos nos hospitais gerais os alienados eram encaminhados para os lugares mais insalubres do mesmo, constituindo-se assim como indivíduos de categoria inferior. Por vezes, as autoridades tomavam a iniciativa de os acolher em antigas gafarias que se encontravam devolutas dado o desaparecimento da lepra. Quando eram acolhidos em estabelecimentos especiais para o efeito, estes dispunham de poucas condições de salubridade<sup>142</sup>.

---

<sup>137</sup> Idem, *ibidem*, p. 128.

<sup>138</sup> Idem, *ibidem*, p. 129.

<sup>139</sup> Sena mostra-se muito crente nos avanços da ciência afirmando que *de então para cá a psiquiatria está definitivamente fundada, e na actualidade nota-se em todos os centros científicos um labor imenso neste importante capítulo das moléstias nervosas*. António Maria de Sena, *Op. cit.*, pp. 78-79.

<sup>140</sup> Idem, *ibidem*, p. 80.

<sup>141</sup> Idem, *ibidem*, p. 80.

<sup>142</sup> José de Matos Sobral Cid, *Op. cit.*, p. 129.



Frequentemente preenchiam as prisões, ficando os mais agitados *a ferros nas masmorras e calabouços* enquanto os mais tranquilos viviam promiscuamente com criminosos e malfeitores<sup>143</sup>.

Pontualmente encontravam-se iniciativas benfeitoras, em especial da responsabilidade de companhias religiosas que, tendo em conta a sua génese caritativa, procuravam auxiliar os alienados<sup>144</sup>.

No séc. XV, em Espanha, alguns monges, após viagens ao Norte de África e ao Levante, onde os Muçulmanos agiam de modo diferente perante os alienados, fundam em diversas cidades as denominadas *casa de los locos* e *casa de los inocentes* que recolhiam em especial alienados vagabundos e inofensivos<sup>145</sup>.

Em Paris os alienados deviam ser inicialmente observados no Hospital de Dieu que dispunha de salas para o efeito e as Misericórdias e Irmãos de São João de Deus abriam asilos privados para acolherem estes doentes. No entanto, estas iniciativas eram isoladas e, normalmente, *a reacção social ante a alienação mental inspira-se menos no interesse do doente do que na necessidade de defender contra ele a sociedade*<sup>146</sup>.

A sociedade apenas se podia defender dos alienados enclausurando-os, de modo que os cárceres funcionavam como manicómios e os pseudomanicómios existentes em muito se assemelhavam às próprias prisões<sup>147</sup>.

No final do séc. XVIII, paralelamente a um maior interesse dos médicos no estudo das doenças mentais, encontramos movimentos de filantropia que lutam por um tratamento mais humanitário dos alienados<sup>148</sup>.

Deparamo-nos assim com o surgimento de um novo paradigma onde o alienado começa a ser visto como um doente e, desta forma, devia ser tratado tendo em consideração os desígnios da Medicina.

---

<sup>143</sup> Idem, *ibidem*, p. 130.

<sup>144</sup> Idem, *ibidem*, p. 130.

<sup>145</sup> Idem, *ibidem*, p. 130.

<sup>146</sup> Idem, *ibidem*, p. 131.

<sup>147</sup> Idem, *ibidem*, p. 131.

<sup>148</sup> Idem, *ibidem*, p. 131.

## 1.2 - Estabelecimentos Europeus de assistência aos alienados

*Os hospitais seriam instrumentos de cura, devendo receber doentes somente enquanto a respeito d'elles subsista uma esperança de restabelecimento; os asylos seiam para os incuráveis e representariam no regime da assistência nosocomial o papel de desacumuladores de hospitais*<sup>149</sup>.

Os facultativos portugueses que mais se interessavam pelas temáticas da alienação mental procuravam exemplos noutros países com o intuito de influenciarem os poderes políticos a implementarem um modelo de assistência aos alienados em Portugal. Neste subcapítulo procuraremos saber quais os conhecimentos que diferentes autores portugueses contemporâneos detinham sobre a realidade assistencial em diversos países da Europa e América.

Quando visitou a Holanda, Bernardino António Gomes, apesar de julgar o país como culturalmente evoluído, parece ficar desiludido com as condições dadas aos alienados, considerando apenas o Hospital de Utrecht como digno desse nome. Este teria resultado da adaptação de um edifício existente que terá sido bem conseguida. Paralelamente, a construção de novos edifícios vieram dotar o hospital de boas condições para acolher a população alienada<sup>150</sup>.

O autor demora-se na descrição física da instituição, valorizando a existência de jardins e considerando que os pensionistas dispunham de melhores condições que os restantes alienados. Esta diferenciação estava também patente nas atividades ergoterápicas existentes que eram assim distintas para pensionistas e para pobres<sup>151</sup>.

Os elogios que tece aos funcionários do hospital são frequentes, sobretudo no que diz respeito ao trabalho dos médicos. No entanto, não se inibe de criticar o facto da unidade hospitalar se situar no centro da cidade, de considerar a classificação dos doentes como deficitária e de condenar a existência de meios de repressão<sup>152</sup>.

Faz-nos ainda referência à existência de dois pequenos hospitais, em Roterdão e Haia, com condições que apelida de pouco dignas. Nas restantes cidades, nos grandes

<sup>149</sup> António Luiz Gomes, *Alienados incuráveis*, texto datilografado, 1910, p. 6.

<sup>150</sup> Bernardino António Gomes, *Op. cit.*, p. 12.

<sup>151</sup> Idem, *ibidem*, p. 12.

<sup>152</sup> Considera que o uso dos meios de repressão *é huma questão ainda não de todo resolvida, qual hé a da extensão maior ou menor, que deve dar-se aos meios de repressão e até que ponto estes podem ser supridos pela vigilância e meios de brandura, ou outros, questão que, sem se resolver cabalmente, não podem estabelecer-se regras fixas para todos os estabelecimentos desta ordem*. Idem, *ibidem*, pp. 15-16.

hospitais, existiriam também divisões para acolher alienados cujas condições são descritas como degradantes<sup>153</sup>.

Procurando perceber os fundamentos da heterogeneidade das condições assistenciais que encontrou, vai imputar à falta de médicos a situação deplorável em que alguns alienados são assistidos, concluindo que a melhoria da organização nos diferentes hospitais é proporcional à influência médica neles exercida<sup>154</sup>.

No início do séc. XX, António Vasconcelos dá-nos conta da existência de um outro sistema de assistência aos alienados, resultante de uma lei de 25 de Abril de 1905, denominado patronato familiar. Segundo este método, os alienados eram distribuídos por famílias dispersas pelo país, encontrando-se rigorosamente regulamentado pela lei supra citada. Previamente a residência da família devia ser certificada como tendo condições para acolher os alienados e não podia situar-se muito longe do asilo, pois era ao médico desta instituição que cabia a observação periódica dos doentes. Refira-se ainda que na mesma habitação não podiam coexistir alienados de ambos os sexos e os meios de coerção ou repressão estavam expressamente proibidos. Ao médico diretor do asilo estavam afetas uma série de competências no que diz respeito à colocação familiar, prescrevendo o tratamento a seguir, o trabalho, o vestuário, visitas entre outros, ou seja, todos os domínios da vida quotidiana do alienado. As famílias de acolhimento tinham, por sua vez, uma série de deveres a cumprir, na medida em que se encontravam responsáveis pelo doente. Assim, deviam evitar que eles fossem alvo de troça, procurar que estivessem ocupados em afazeres simples e úteis, sendo ainda responsáveis pelos pertences do doente<sup>155</sup>.

Embora a Holanda não seja o país que os alienistas portugueses mais referenciam nos seus escritos, podemos assumir que, em linhas gerais, a situação dos alienados neste país era por eles conhecida e, apesar das más condições que, segundo Bernardino António Gomes, os serviços para alienados apresentavam, é evidente a importância que confere à existência de médicos alienistas na direção dos hospitais.

Na Bélgica conviviam diferentes tipos de instituições que acolhiam alienados, desde os asilos públicos a estabelecimentos particulares, existindo pequenos hospitais para estes indivíduos em todas as províncias. Todavia, subsistiriam ainda alienados em hospitais não especializados bem como em depósitos de mendicidade e em prisões<sup>156</sup>.

---

<sup>153</sup> Idem, *ibidem*, pp. 16-17.

<sup>154</sup> Idem, *ibidem*, p. 19.

<sup>155</sup> António Emílio Antunes de Vasconcelos, *Op. cit.*, pp. 106-107.

<sup>156</sup> Bernardino António Gomes, *Op. cit.*, p. 21.

A visita ao Hospital de Gand permitiu uma descrição minuciosa das condições físicas da instituição a Bernardino António Gomes. O seu olhar crítico insurge-se contra as condições que encontrou na divisão das furiosas bem como noutros aspetos estruturais que considera deficitários<sup>157</sup>.

Desloca-se igualmente a um hospital privado, cujo nome não nos dá a conhecer mas que elogia pela utilização da hidroterapia, descrevendo pormenorizadamente os diferentes banhos de chuveiro como as vantagens terapêuticas dos mesmos<sup>158</sup>.

Guilherme Abranches, diretor do Hospital de Rilhafolles na década de 60 e 70 do séc. XIX, quando se manifestava contra a sobrelotação de alienados de que o seu hospital padecia e para justificar a necessidade de criação de mais instituições semelhantes, exemplifica o caso belga, com uma população semelhante à de Portugal e que, em 51 instituições, acolhia 4508 alienados<sup>159</sup>.

Porém, a assistência aos alienados na Bélgica não se esgotava nas instituições, encontrando-se bastante desenvolvido o modelo de integração dos doentes em comunidades rurais, sendo Gheel o exemplo com maior sucesso aparente. Nesta comunidade chegavam a coabitar 700 alienados, que comiam e viviam com as famílias, entregues a serviços domésticos e rurais. Aqui os doentes gozavam de grande liberdade mas a assistência médica especializada era reduzida e mantinham-se práticas de carácter supersticioso. Bernardino António Gomes invoca ainda a reduzida separação entre os sexos e o abuso dos meios de repressão como fatores que em nada contribuíam para o bem-estar e recuperação dos alienados. Todavia, considera que, com algumas modificações, este modelo seria de enorme utilidade<sup>160</sup>.

António Vasconcelos fala-nos da colónia de Gheel em moldes bastante elogiosos, considerando que se antecipou à reforma libertadora de Pinel. Demora-se a mencionar a sua lendária criação informando-nos que, no início do séc. XX, encontravam-se aqui cerca de 6000 alienados, que dispunha ainda de uma enfermaria com capacidade para acolher 75 doentes. Neste contexto observava-se uma estreita separação entre os sexos estando à disposição dos doentes um serviço de banhos bem como celas individuais de isolamento para receber alienados que necessitassem de uma observação inicial, estivessem afetados de moléstias agudas, recusassem alimentar-se ou se mostrassem insubordinados<sup>161</sup>.

---

<sup>157</sup> Idem, *ibidem*, pp. 22-23.

<sup>158</sup> Idem, *ibidem*, pp. 24-25.

<sup>159</sup> António Maria de Sena, *Op. cit.*, p. 130.

<sup>160</sup> Bernardino António Gomes, *Op. cit.*, pp. 26-27.

<sup>161</sup> António Emílio Antunes de Vasconcelos, *Op. cit.*, pp. 30-31.

O autor faz-nos uma descrição pormenorizada das residências que acolhiam os alienados, considerando que a colónia dispunha de uma situação económica próspera e que os doentes se confundiam com os habitantes de Gheel<sup>162</sup>.

Também Sobral Cid alude ao modelo de assistência familiar praticado na Bélgica, referindo que, em 1920, existiam em Gheel cerca de 1500 alienados que eram auxiliados por um pequeno corpo clínico e de enfermagem afetos a um pequeno asilo existente nas suas imediações. O alienista português julga que este sistema oferecia uma série de vantagens económicas, médicas e sociais, todavia, o autor considera que se tratava de um modelo de difícil replicação em Portugal<sup>163</sup>.

O sucesso desta colónia justificou a fundação em Lierneux, no ano de 1884, de um sistema muito semelhante ao que já era praticado em Gheel para tentar suprimir dificuldades de carácter cultural que alguns alienados sentiam, bem como dar resposta ao problema da sobrelotação e da acumulação de incuráveis, velhos e indigentes nos asilos<sup>164</sup>.

Para a instalação desta nova colónia foi necessário vencer dificuldades iniciais como o receio comunitário quanto à transmissão da loucura. Os habitantes foram convencidos através das vantagens financeiras para os agregados familiares e para a própria economia local tendo em conta que a permanência dos loucos na colónia era subsidiada pelo Estado e que os próprios habitantes poderiam aproveitar o trabalho dos alienados<sup>165</sup>.

Os doentes ficavam inicialmente cinco dias em observação na enfermaria antes de serem colocados nas diferentes famílias e numa fase preliminar o critério de seleção dos doentes a integrar a colónia foi mais circunscrito, para que não ocorresse nenhum incidente. Refira-se que a maioria dos alienados trabalhava no campo ou em serviços domésticos sendo que uma pequena parte desenvolvia atividades em indústrias locais<sup>166</sup>.

Segundo o regulamento, a colónia acolhia alienados provenientes da Valónia, de todas as categorias, não sendo porém adequada para receber alienados com tendências

---

<sup>162</sup> Idem, *ibidem*, p. 36.

<sup>163</sup> O autor sintetiza o modelo de assistência familiar praticado na Bélgica como um sistema que confiava os psicopatas crónicos e trabalhadores, mediante uma pequena renumeração, aos cuidados de famílias aldeãs, em determinados lugares que em breve se converteram em verdadeiros centros de colonização rústica de alienados. José de Matos Sobral Cid, “Reforma e actualização da assistência psiquiátrica em Portugal”, in *Obras de José de Matos Sobral Cid*, Lisboa, Fundação Calouste Gulbenkian, 1984, p. 88. 1ª Edição em 1927.

<sup>164</sup> António Emílio Antunes de Vasconcelos, *Op. Cit.*, pp. 39-41.

<sup>165</sup> Idem, *ibidem*, pp. 42-43.

<sup>166</sup> Idem, *ibidem*, pp. 44-45.

suicidas, homicidas e incendiárias, que fugissem frequentemente ou que pudessem perturbar a paz e o sossego que a colônia preconizava<sup>167</sup>.

Para receberem os alienados em suas casas, os habitantes necessitavam de uma autorização de uma comissão criada para o efeito, não podendo coabitar alienados de ambos os sexos no mesmo domicílio. Refira-se que também em Lierneux não era permitido o uso de meios coercivos e o vestuário dos doentes não devia conter qualquer marca distintiva do seu estado mórbido, não podendo a sua ocupação no trabalho fatigá-los em demasia<sup>168</sup>.

As famílias de acolhimento eram responsáveis por eventuais evasões dos alienados e cabia-lhes custear parte das despesas efetuadas para que regressassem à colônia, sendo-lhes retirada a autorização para acolher estes doentes caso fosse exercida qualquer tipo de violência sobre os mesmos<sup>169</sup>.

Os médicos que estavam afetos à colônia deviam visitar os alienados, pelo menos, uma vez por semana, prescrevendo-lhes a terapêutica apropriada bem como os trabalhos ou formas de entretenimento que se adequavam a cada um, encontrando-se também encarregues do serviço da enfermaria de Lierneux<sup>170</sup>.

São também assinaladas as competências das enfermeiras que deviam, por exemplo, alertar o médico aquando da existência de moléstias agudas, assistir ao transporte dos doentes até às enfermarias, entre outras tarefas. Note-se que estas não podiam receber qualquer tipo de compensação pecuniária por parte das famílias de acolhimento<sup>171</sup>.

O cumprimento destas disposições era fiscalizado por uma comissão que se devia reunir uma vez por mês em Lierneux e que podia também conceder recompensas extraordinárias às famílias que se destacassem pela humanidade com que tratavam dos alienados<sup>172</sup>.

Magnan, cuja doutrina inspirou alguns dos alienistas portugueses, ao referir-se ao modelo de assistência familiar, menciona as colônias de Gheel e Lierneux, considerando que este tipo de institucionalização seria benéfico não só para os alienados incuráveis ou inofensivos como também para os curáveis em fase de convalescença<sup>173</sup>.

---

<sup>167</sup> Idem, *ibidem*, pp. 45-46.

<sup>168</sup> Idem, *ibidem*, pp. 47-48.

<sup>169</sup> Idem, *ibidem*, p. 49.

<sup>170</sup> Idem, *ibidem*, pp. 50-51.

<sup>171</sup> Idem, *ibidem*, p. 51.

<sup>172</sup> Idem, *ibidem*, pp. 52-53.

<sup>173</sup> Magnan Valentin, *Traité thérapeutique appliquée*, Paris, Rueff et Cie éditeurs, 1898, pp. 49-50.

Júlio de Matos, quando procura soluções para uma melhoria da assistência aos alienados em Portugal, mostra-se insatisfeito pelo facto de no seu país não existirem colónias agrícolas, como as que se podiam encontrar em países como a Bélgica e Itália. Este sistema era por ele considerado muito vantajoso quer para os alienados incuráveis quer para diminuir a sobrelotação dos hospitais<sup>174</sup>. Neste sentido, Matos salienta estas colónias como um importante recurso terapêutico na sua obra *Elementos de Psychiatria*<sup>175</sup>.

É deste modo fácil concluir que os alienistas portugueses do final do séc. XIX conheciam os preceitos assistenciais praticados na Bélgica, em especial o sistema de colonização familiar que é frequentemente apontado como modelar e, por vezes, passível de ser replicado ou adaptado à realidade de Portugal.

Nos diferentes Estados Germânicos, Bernardino António Gomes visitou, por exemplo, o reputado Hospital de Siebourg, próximo de Bona, dirigido pelo Dr. Jacobi. Elogia a localização da unidade hospitalar pois estava situado num local elevado, rodeado por uma vasta porção de terrenos e jardins bem como campos de cultura para uso e emprego dos doentes<sup>176</sup>.

Fornece-nos uma descrição pormenorizada das instalações, dos quartos, da mobília, das casas de banho bem como das cozinhas deste hospital que anteriormente havia sido um convento de Beneditinos. Os doentes encontravam-se separados em duas divisões sexuais cada uma com quatro classes. No entanto, defeitos estruturais, muito por culpa de o edifício não ter sido construído para o propósito habitual, não permitiam a rigorosa separação entre sexos<sup>177</sup>.

Após rasgados elogios à direção do Dr. Jacobi, procede a uma análise dos recursos humanos afetos bem como dos seus ordenados reconhecendo existir um excelente rácio enfermeiro/doente<sup>178</sup>.

Tece ainda considerações sobre as estatísticas nosográficas, formas de financiamento, rotinas diárias entre outros domínios do quotidiano da instituição. É também destacada a existência de um serviço religioso no qual os dois capelões auxiliavam os médicos, devendo possuir conhecimentos de psicologia. As práticas

---

<sup>174</sup> Júlio de Matos, “Os alienados em Portugal”, in *Notas sobre Portugal*, Vol. 1, Lisboa, Imprensa Nacional, 1908, p. 676.

<sup>175</sup> Júlio de Matos, *Elementos de Psychiatria*, Lisboa, Lello & Irmão, 1923, pp. 175-176.

<sup>176</sup> Bernardino António Gomes, *Op. cit.*, p. 30.

<sup>177</sup> Idem, *ibidem*, pp. 31-32.

<sup>178</sup> Idem, *ibidem*, pp. 33-34.

religiosas eram tidas como úteis pois retiravam os loucos da ociosidade nos dias santificados sendo também mencionado que o seu uso em outros hospitais corroborava a influência positiva da utilização de vetores religiosos no tratamento dos alienados<sup>179</sup>.

Como meios terapêuticos apostava-se nos recursos morais e psicológicos, nos banhos, na ergoterapia (que não devia incidir sobre a ocupação do alienado anterior ao seu internamento) e exercícios intelectuais, excluindo perentoriamente o teatro<sup>180</sup>.

A utilização de meios de repressão permanecia atual, embora de modo residual e sujeita a grande prudência e reserva no seu uso, não estando os enfermeiros autorizados a encetá-la de forma autónoma<sup>181</sup>.

Em resumo, Bernardino António Gomes considerava o Hospital de Siebourg notável pelos minuciosos cuidados médicos e pelo número e qualidade dos empregados. Acrescia a vantagem de ser dirigido e administrado por uma única autoridade e essa autoridade ser um médico instruído e probo<sup>182</sup>.

O Hospital de Bade-Bade é também lembrado pelo médico português. Adaptado de um antigo convento de Jesuítas, possuía defeitos de construção que eram atribuídos a uma deficiente adaptação a hospital de alienados. Também o facto de se situar numa área urbana é prontamente denunciado, pois não permitia o isolamento preconizado por estas instituições. Por outro lado, o facto de ser uma instituição pequena, com uma reduzida capacidade, originava uma grande espera na admissão que poderia comprometer em muito as hipóteses de cura<sup>183</sup>.

Atente-se ainda para o modelo misto de financiamento da instituição que sobrevivia com uma pensão do governo e pensões pagas pelas famílias<sup>184</sup>.

Bernardino António Gomes visitou também o Hospital de Achern que ainda se encontrava em construção. A sua imensidão fazia com que se parecesse com uma aldeia, sendo a sua localização muito elogiada, dado que dispunha de um vasto espaço exterior, encontrava-se próximo de uma povoação e a curta distância de núcleos urbanos mais povoados<sup>185</sup>.

---

<sup>179</sup> Idem, *ibidem*, p. 36.

<sup>180</sup> Idem, *ibidem*, pp. 37-38.

<sup>181</sup> Idem, *ibidem*, p. 38.

<sup>182</sup> Para uma melhor compreensão por parte do leitor dos seus escritos, Bernardino António Gomes faz representar uma pormenorizada planta do hospital acompanhada de importantes e esclarecedores comentários para a compreensão da mesma. Idem, *ibidem*, pp. 38-40.

<sup>183</sup> Idem, *ibidem*, p. 44.

<sup>184</sup> Idem, *ibidem*, p. 44.

<sup>185</sup> Idem, *ibidem*, p. 45.



Refira-se que o custo deste hospital parece ser elevado e teria capacidade para cerca de 500 doentes. A sua localização num ducado com cerca de 1 milhão de habitantes, com limitados recursos económicos, desconstruía a ideia de que apenas Estados ricos poderiam acorrer ao tratamento adequado dos alienados<sup>186</sup>.

Este hospital iria acolher doentes de ambos os sexos, curáveis e incuráveis e de todas as condições sociais afastando-se assim do modelo do Dr. Jacobi que preconizava a separação entre doentes curáveis e incuráveis e a sua divisão iria ter por base o sexo, o estatuto de curável ou incurável e, posteriormente, seriam subdivididos em pensionistas e de acordo com critérios comportamentais<sup>187</sup>.

É dada grande importância à descrição dos quartos dos furiosos, que possuíam diversas particularidades no sentido de prover ao alienado um ambiente calmo e seguro, permitindo aos funcionários uma vigilância eficaz e não perturbadora dos doentes<sup>188</sup>.

Refira-se ainda a existência de um estabelecimento para banhos ao ar livre bem como o facto de a própria Igreja se encontrar dividida para permitir a rigorosa separação dos sexos<sup>189</sup>.

A cidade de Munique dispunha também de um pequeno hospital para alienados contudo não mereceu a atenção de Bernardino António Gomes, que optou por aludir ao hospital geral da cidade onde se demora a descrever o sistema de ventilação das enfermarias<sup>190</sup>.

De uma maneira geral, o autor, na Alemanha, elogia os médicos, que tudo fazem para a melhoria das condições dos alienados e inclusive residem nos estabelecimentos. É também aqui que o emprego de meios morais, a medicina física e a influência religiosa são aplicadas com maior sucesso<sup>191</sup>.

Sobral Cid referencia-nos o Hospital de Santo Aleixo onde era recomendado que os guardas tratassem com brandura e caridade os alienados, previa que estes estivessem

---

<sup>186</sup> Idem, *ibidem*, p. 45.

<sup>187</sup> Idem, *ibidem*, pp. 45-47.

<sup>188</sup> Idem, *ibidem*, pp. 47-48

<sup>189</sup> Idem, *ibidem*, p. 48.

<sup>190</sup> Idem, *ibidem*, pp. 49-50.

<sup>191</sup> O autor visita também o cemitério da cidade de Frankfurt que havia tomado severas providências para prevenir enterramentos em vida. Assim, quando os cadáveres chegavam ao cemitério, eram depositados em quartos especiais e colocados deitados nos seus dedos que ao menor movimento faziam tocar uma campainha. Num quarto contíguo encontrava-se um indivíduo que estaria encarregue de velar constantemente os cadáveres. Para que essa vigilância fosse efetiva, a cada 30 minutos deveria tocar numa mola de um relógio que dispensaria assim uma folha, garantindo desta forma uma vigilância eficaz por parte do indivíduo. Caso fosse detetado algum sinal de vida, existia uma outra divisão apetrechada de uma máquina elétrica e de medicamentos à qual deveria prontamente acorrer um facultativo. Idem, *ibidem*, pp. 43-44.

ocupados e trabalhassem. Os médicos eram obrigados a visitá-los bissemanalmente e recebiam determinadas quantias caso curassem os alienados pois *há exemplos de que pela intervenção da medicina e de outras medidas úteis se chega a curar os alienados*<sup>192</sup>.

Ainda para este autor, a influência dos ideais franceses fez-se sentir um pouco por toda a Europa culta, nomeadamente na Alemanha onde Laigermann é tido como um segundo Esquirol. Este defendia a curabilidade da alienação e, como diretor dos serviços de saúde pública, foi responsável pela abertura de *asilos especiais para a assistência e tratamento das doenças mentais* como Siebourg e estabelecimentos só para incuráveis<sup>193</sup>.

No plano das opções terapêuticas a hidroterapia é referida como uma solução praticada desde cedo, no séc. XIX, após a publicação da primeira obra médica que versava sobre esta temática<sup>194</sup>. Também a ergoterapia é reconhecida como influente nos recursos terapêuticos germânicos, acompanhada de um sistema de porta aberta e gozando o alienado de grande liberdade<sup>195</sup>. Já a assistência familiar dos alienados aparece descrita como recente mas em franca expansão, sendo privilegiada a dispersão dos alienados em muitas aldeias<sup>196</sup>.

No final do séc. XIX o Professor Griesinger ganha relevância no panorama assistencial germânico pois procurou criar pequenos hospitais urbanos nas maiores cidades, bem distintos dos asilos rurais que Bernardino António Gomes nos descreve, onde fossem acolhidas pessoas com doença mental aguda. Estes hospitais deveriam situar-se em cidades universitárias, com o intuito de estimular a investigação científica no domínio das doenças mentais<sup>197</sup>.

É-nos fornecido o exemplo da Clínica Psiquiátrica de Heildberg, inaugurada em 1878, que foi o primeiro estabelecimento psiquiátrico de carácter exclusivamente hospitalar tendo sido posteriormente inaugurada a Clínica Psiquiátrica de Halle em 1891. As vantagens deste tipo de estabelecimentos observaram-se pela sua posterior implementação em quase todas as cidades universitárias da Alemanha<sup>198</sup>.

---

<sup>192</sup> José de Matos Sobral Cid, “Processo histórico e moderna orientação da assistência psiquiátrica”, *Op. cit.*, p. 131.

<sup>193</sup> Idem, *ibidem*, p. 136.

<sup>194</sup> Luís Pereira da Costa, *Banhos de Mar – Elementos de Hydroterapia Marítima*. Coimbra, Imprensa da Universidade, 1882, p. 10.

<sup>195</sup> António Emílio Antunes de Vasconcelos, *Op. cit.*, pp. 89-92.

<sup>196</sup> Idem, *ibidem*, p. 105.

<sup>197</sup> José de Matos Sobral Cid, “Reforma e actualização da assistência psiquiátrica em Portugal”, *Op. cit.*, p. 81.

<sup>198</sup> Idem, *ibidem*, p.81.

Estas clínicas psiquiátricas eram *generosamente dotadas pelo Estado quer do ponto de vista de recursos humanos quer técnicos e terapêuticos*, sendo dado muito valor à componente de investigação científica. As clínicas psiquiátricas internavam e acolhiam exclusivamente doentes agudos, curáveis. Quando o internamento se prolongava demasiado ou os alienados eram considerados incuráveis procedia-se à sua transferência para os asilos locais. Deste modo poupava-se o alienado ao contacto com os doentes mentais crónicos. Assim sendo, estes estabelecimentos não dispunham de muitos leitos, mas as taxas de curabilidade na ordem dos 50 % permitiam a admissão de 2 000 a 3 000 doentes por ano. Ao contrário, os asilos eram estruturas de grandes dimensões. Com capacidade para 1 000 a 2 000 alienados, como o asilo de Alt-Scherbitz. Na sua maioria estes eram formados por pequenos pavilhões disseminados, funcionando como se de uma aldeia se tratasse, rodeados por jardins, prados e terrenos de cultivo, constituindo uma verdadeira colónia agrícola<sup>199</sup>.

De referir que todos os asilos dispunham de um pavilhão de observação e vigilância onde os recém-chegados eram acolhidos e os doentes acometidos de estados de agitação transitória eram tratados<sup>200</sup>.

No início do séc. XX procurava desenvolver-se o tratamento do alienado no domicílio devido à situação económica da Alemanha no pós guerra fruto de uma *reacção contra o excessivo desenvolvimento do internamento asilar*. Este novo sistema podia ser considerado como uma expansão extramuros do modelo asilar. Pressupunha a existência de um asilo cujo corpo clínico (médicos e enfermeiros visitantes) vigiavam o tratamento no domicílio dos alienados cujas famílias dispusessem de condições para os receber<sup>201</sup>.

A insuficiência de estabelecimentos para acolher alienados em Portugal é demonstrada através de uma comparação com o número de doentes na Alemanha que, com uma população de 40 855 704 habitantes, tinha internados 43 251 alienados em 122 asilos públicos. Assim, em Portugal, para uma população de 5,5 milhões de habitantes, sendo previsível uma população de 12 000 alienados, encontravam-se apenas, em 1908, 1 537 doentes internados nos quatro estabelecimentos existentes<sup>202</sup>.

A problemática dos alienados criminosos na Alemanha é também conhecida dos alienistas portugueses que aludem à criação por parte das autoridades alemãs de

---

<sup>199</sup> Idem, *ibidem*, pp. 81-82.

<sup>200</sup> Idem, *ibidem*, p. 81.

<sup>201</sup> Idem, *ibidem*, pp. 82- 83.

<sup>202</sup> Magalhães Lemos, *Note sur l'assistance des aliènes en Portugal*, Porto, Officina Typographica do Hospital de Alienados do Conde de Ferreira, 1908, p. 10.

*quartieres* para loucos criminosos e manicómios criminais onde se procedia à observação dos casos duvidosos e ao tratamento dos alienados curáveis<sup>203</sup>. É igualmente de notar que o estigma social relativo a estes doentes merecia a preocupação de muitas sociedades alemãs que amparam os alienados convalescentes<sup>204</sup>.

O modelo alemão de clínica psiquiátrica, anexo às universidades, em muito contribuiu para que a Psiquiatria adquirisse o estatuto de disciplina médica, o que fez com que os germânicos, na segunda metade do séc. XIX, se tornassem líderes na investigação em Psiquiatria. Esta realidade poderá dever-se igualmente ao facto de a dispersão em diferentes Estados do que é a Alemanha após a unificação de 1871, gerasse uma maior competição entre os diversos cientistas alemães, o que não acontecia em França, cuja estabilidade e centralização administrativa canalizava para a capital o movimento de investigação<sup>205</sup>.

O panorama assistencial na Alemanha era então visto pelos alienistas portugueses como muito heterogéneo, tendo em conta que vários modelos se encontravam implementados em diversos Estados sendo perceptível uma tendência no sentido da cabal distinção entre asilo e clínica psiquiátrica.

Na atual Itália, Bernardino António Gomes visitou instituições no norte nomeadamente em Veneza, Milão e Turim.

A cidade de Veneza não dispunha de um hospital consagrado exclusivamente ao tratamento dos alienados, existindo sim divisões para doidos em alguns hospitais como era o caso do Hospital Geral de S. Juanni Pauli, cujo edifício era primitivamente um convento, que dispunha de um gabinete anatómico e espaços muito apropriados para colocação dos cadáveres. É ainda elogiado o sistema de ventilação deste hospital<sup>206</sup>.

É feita referência ao Hospital das Irmãs da Caridade, situado numa ilha do arquipélago Veneziano que consagrava 320 das suas 400 camas ao cuidado dos alienados. Note-se que os loucos se encontravam misturados com doentes de patologias do foro dermatológico, sendo os doentes cirúrgicos separados destes. Atente-se que todo o serviço, médico, administrativo e religiosos era levado a cabo por padres<sup>207</sup>.

---

<sup>203</sup> António Patrício, *Assistência aos Alienados Criminosos*, Dissertação inaugural apresentada à Escola Médico-cirúrgica do Porto, Porto, Typ. do Porto Medico, 1908, p. 60.

<sup>204</sup> António Emílio Antunes de Vasconcelos, *Op. Cit.*, p. 72.

<sup>205</sup> José Nuno Santos, *A importância da Estatística na Emergência da Psiquiatria Portuguesa do séc. XIX*, Tese de Doutoramento apresentada à Faculdade de Ciências e Tecnologia da Universidade Nova de Lisboa, Fevereiro de 2016, p. 44.

<sup>206</sup> Bernardino António Gomes, *Op. cit.*, pp. 52-53.

<sup>207</sup> Idem, *ibidem*, p. 54.

Bernardino António Gomes considera este estabelecimento recomendável muito por conta da estreita ligação entre o espírito religioso e de caridade existente que considera influir de modo muito positivo no tratamento dos doentes, sobretudo alienados<sup>208</sup>.

Em Milão, o médico português encontra um grandioso hospital geral, com capacidade para 2 400 doentes. Porém, os alienados, encaminhados para Senavra, nos arredores da cidade, não encontravam aí as melhores condições, o que mereceu a sua desaprovação apelidando o espaço de húmido e a construção de defeituosa<sup>209</sup>.

Em Turim existiriam várias instituições hospitalares com uma génese muito distinta entre si. No hospital para alienados, que funcionava no extremo norte da cidade, os doentes eram separados de acordo com o sexo. Bernardino Gomes demora-se na descrição física do hospital bem como do seu regulamento, que preconizava a existência de 16 diretores e um presidente, na sua maioria nomeados pelo Governo. São mencionados os recursos humanos alocados, critérios de admissão bem como uma análise estatística nosocomial, onde se incluem dados como as patologias mais observadas, caracterização sócio demográfica dos utentes, causas da alienação bem como o movimento de doentes no hospital<sup>210</sup>.

É de mencionar o recurso a atividades ergoterápicas em especial no sexo feminino, ocupando-se as doentes na costura, fiação e serviço das enfermarias recebendo uma pequena retribuição pecuniária<sup>211</sup>.

Apesar das muitas características positivas, Bernardino António Gomes não deixa de apontar aspetos que considera bastante negativos como a falta de instalações próprias para furiosos, o número de enfermeiros reduzido, uma ergoterapia insuficiente, elevado número de doentes e a sua incompleta classificação bem como o que considera um *governo superior talvez demasiadamente aparatoso*<sup>212</sup>.

Mais uma vez atribui estas desfavoráveis disposições a uma influência ainda incompleta dos facultativos na direção médica do estabelecimento<sup>213</sup>.

---

<sup>208</sup> Idem, *ibidem*, pp. 54-55.

<sup>209</sup> Idem, *ibidem*, pp. 55-56.

<sup>210</sup> Idem, *ibidem*, pp. 59-62.

<sup>211</sup> Idem, *ibidem*, p. 62.

<sup>212</sup> Idem, *ibidem*, p. 62.

<sup>213</sup> Idem, *ibidem*, p. 63.

Sobral Cid considera que os primórdios da assistência asilar aos alienados em Itália remontam a 1837, com o Manicómio de Turim, existindo no início do séc. XX cerca de 50 estabelecimentos públicos com propósitos semelhantes<sup>214</sup>.

António Maria de Sena mostra dispor de conhecimentos sobre a realidade italiana, em particular quanto ao rácio entre profissionais (designados por guardas) e alienados. Neste país, o autor reconhece a observância de uma orientação da Associação Americana de Alienistas que recomendava que o rácio não podia ser inferior a um guarda por cada 10 alienados<sup>215</sup>.

No entanto, nem só o modelo asilar era praticado em Itália, havendo conhecimento de práticas de colocação familiar transitória de alienados convalescentes<sup>216</sup>. Este modelo teve tradução legislativa neste país com a Lei dos alienados de 1904 que previa a constituição de colónias familiares. Todavia estes modelos já eram aplicados anteriormente. Em 1906, dos 63 estabelecimentos no país, 31 possuíam uma colónia agrícola, 16 praticavam a assistência no seio da família do alienado e 5 a assistência em famílias estranhas<sup>217</sup>.

A ergoterapia era também fomentada em Itália, sendo fornecido o exemplo de Luca onde, anexo ao asilo, existia uma colónia industrial para homens, com 21 oficinas, das quais provinha uma importante fonte de rendimento para a instituição<sup>218</sup>.

Podemos afirmar, deste modo, que era do conhecimento dos agentes portugueses interessados nas questões da assistência aos alienados que em Itália pontuava uma multiplicidade de instituições que acolhia loucos cujo paradigma assistencial era também diverso.

A França, berço de Pinel e de Esquirol, tinha em Bicêtre e Salpêtrière as suas maiores instituições no acolhimento a alienados. No entanto, encontravam-se ainda alienados em hospitais gerais, constituindo ou não divisões separadas, nos depósitos da mendicidade e nas próprias prisões, apesar de existirem disseminados por todo o país numerosos estabelecimentos especiais, públicos ou privados<sup>219</sup>.

As referências feitas a Pinel e Esquirol são pontuais, merecendo estes alienistas franceses reflexões mais aprofundadas por parte de outros médicos portugueses. Deste

---

<sup>214</sup> José de Matos Sobral Cid, “Processo histórico e moderna orientação da assistência psiquiátrica”, *Op. cit.*, p. 136.

<sup>215</sup> António Maria de Sena, *Op. cit.*, p. 315.

<sup>216</sup> António Emílio Antunes de Vasconcelos, *Op. cit.*, p. 72.

<sup>217</sup> Idem, *ibidem*, pp. 116-118.

<sup>218</sup> Idem, *ibidem*, pp. 117-118.

<sup>219</sup> Bernardino António Gomes, *Op. cit.*, pp. 66-68.

modo, Sobral Cid considera que Phillippe Pinel deve ser recordado *não tanto pelos seus talentos e méritos científicos, mas, e sobretudo, como o de um benemérito e iniciador do movimento que definitivamente elevou o alienado da triste condição de cativo à dignidade e à categoria de doente*<sup>220</sup>.

Pinel (1745-1826) frequentou inicialmente a Universidade de Toulouse onde estudou Artes, Matemática e Filosofia, doutorando-se posteriormente em Medicina. Em Montpellier aperfeiçoou os seus estudos e mais tarde vai para Paris onde frequentou o salão da Madame Helvetias onde se relacionou com os melhores espíritos da época como Lavoisier, Condorcet e Calaris. Dirigiu a *Gazette de Santé* e escreveu *Nosografia Fisiológica* e o *Método da Análise aliado à Medicina*. Foi nomeado em 1792 como médico dos alienados de Bicêtre onde *à compaixão humanitária pelo alienado vai aliar ao vivo desejo, a ardente curiosidade científica de o estudar e compreender*<sup>221</sup>.

Após a observação e um contacto íntimo com os alienados, Pinel considera que estes não deviam estar agrilhoados e expôs a sua ideia à Comuna de Paris que se mostrou muito relutante em seguir as suas indicações. Ainda assim Pinel consegue convencer os responsáveis e desalgema os furiosos que *estavam a ferros nos infetos lugares do velho hospício*. Mais tarde, em 1795, faz o mesmo em Salpêtrière para onde fora transferido<sup>222</sup>.

No entanto, o gesto de Pinel não terá ganho muitos adeptos em outras latitudes de França até ao surgimento de Esquirol que *lançou as bases da Psiquiatria Moderna* e é considerado como o *infatigável artífice da obra da assistência aos alienados em França e, pela difusão das ideias francesas, na maior parte dos Estados da Europa*<sup>223</sup>.

Esquirol é responsável pela reabertura em 1817 do curso clínico de doenças mentais inaugurado por Pinel protagonizando importantes alterações paradigmáticas<sup>224</sup>.

No ano seguinte visita os inúmeros hospícios existentes em França produzindo um extenso relatório onde denuncia *os horrores que se lhe depararam*. Procura influenciar os poderes políticos a construírem novos estabelecimentos especialmente vocacionados

---

<sup>220</sup> José de Matos Sobral Cid, “Processo histórico e moderna orientação da assistência psiquiátrica”, *Op. cit.*, p. 132.

<sup>221</sup> Idem, *ibidem*, pp. 132-133.

<sup>222</sup> Idem, *ibidem*, pp. 133-134.

<sup>223</sup> Idem, *ibidem*, p. 134.

<sup>224</sup> Esquirol é um dos principais responsáveis pela passagem *do período das concepções metafísicas e da pura especulação filosófica para a idade moderna, em que este formoso ramo da medicina se constitui de vez como ciência histórico-natural, baseada na observação do doente e procedendo exclusivamente pelo raciocínio de indução*. Idem, *ibidem*, pp. 134-135.

para esta população, dirigidos por médicos, encarregando-se ele mesmo de delinear a traça destes manicómios bem como todas as regras inerentes ao seu funcionamento<sup>225</sup>.

Sobral Cid refere-nos que *os seus clamores não foram logo ouvidos, Outrora, como hoje, em matéria de assistência pública, os altos poderes do Estado sofrem, em regra, de uma deplorável hipoacusia*<sup>226</sup>.

Apenas em 1838 vamos encontrar tradução legislativa com a denominada Lei dos alienados, onde o Estado passa a ser obrigado a assistir e tratar estes doentes, perigosos ou incuráveis, em estabelecimentos destinados para esse fim. Estes necessitariam possuir pessoal médico e de enfermagem especializados e deveriam ser criados em todos os departamentos de França num prazo de 10 anos. Não se tratava apenas de recolher os alienados para defender a sociedade do seu convívio mas sim *recolher, proteger e tratar o doente*<sup>227</sup>.

O asilo Salpêtrière, situado em Paris, recebia exclusivamente alienados do sexo feminino e tinha uma das suas muitas divisões consagrada às alienadas. Os edifícios antigos eram tidos como insalubres, no entanto as diversas novas construções conferiam uma outra dignidade ao estabelecimento. Estas edificações eram denominadas de construções à Esquirol e caracterizavam-se pela sua forma quadrangular de um só piso térreo dos quais três lados eram ocupados por enfermarias e serviços e o quarto lado constituído por uma galeria em colunata, coberta superiormente e descoberta dos lados<sup>228</sup>.

Após uma descrição física das instalações e do seu mobiliário, Bernardino António Gomes faz referência a *pequenos cubículos isolados huns dos outros*, situados num grande pátio comum, construídos em madeira, que se destinavam ao isolamento dos doentes furiosos que aparentemente *não se achavam mal nesta sua simulada habitação campestre*<sup>229</sup>.

Posteriormente o autor dá-nos conta do movimento geral de doentes, das causas de alienação mais frequentes, dos recursos humanos alocados. Também alude a diferentes exercícios intelectuais como leitura, recitação e música sendo dado o exemplo de uma sessão onde estiveram reunidos 50 alienados a ouvir piano, recitar fábulas, versos, entre

---

<sup>225</sup> Idem, *ibidem*, p. 135.

<sup>226</sup> O autor mostra-se muito crítico para com a atuação dos Estados, acusando-os de grande inércia no que diz respeito a seguir os preceitos ditados pela ciência e pelos médicos. Considera que as autoridades *não ouvem; se ouvem nem sempre entendem e quando entendem são lentos em mover-se e não menos renitentes em satisfazer com rasgo as aspirações filantrópicas dos médicos que o exercício do seu mester põe em contacto directo com as chagas do corpo social*. Idem, *ibidem*, p. 135.

<sup>227</sup> Idem, *ibidem*, pp. 135-136.

<sup>228</sup> Bernardino António Gomes, *Op. cit.*, pp. 68-69.

<sup>229</sup> Idem, *ibidem*, pp. 69-70.



outros sendo notável o ar de atenção e interesse despertado nos alienados. No entanto, nem todos reagiram de modo satisfatório, tendo havido necessidade de retirar duas alienadas da sessão<sup>230</sup>.

A menção que o autor faz a Bicêtre, que acolhia exclusivamente doentes do sexo masculino, é muito reduzida, limitando-se a referir as suas muitas semelhanças com Salpêtrière, pese embora considerar, em minuciosa descrição, os berços dos imundos de melhor qualidade. De salientar que, embora com menor pormenor, nos informa sobre o movimento geral de doentes neste hospital parisiense<sup>231</sup>.

Outra instituição que mereceu a atenção de Bernardino António Gomes foi o Hospital de Charenton situado nos arredores de Paris. A sua localização é considerada privilegiada, no cimo de uma colina gozando do conveniente isolamento bem como da proximidade de um centro urbano de recursos intelectuais tão elevados como a capital francesa. Todavia, o edifício não se encontrava nas melhores condições sendo que a ala correspondente ao sexo masculino, que não havia sido construída originalmente para as funções que agora desempenhava, sofria dos inconvenientes das antigas construções, que o autor apelida de insalubres. Já a divisão para o sexo feminino, que havia sido construída de raiz, apresentava-se como esclarecida, ventilada e com mobílias de qualidade<sup>232</sup>.

O hospital recebia doentes de três classes bem como militares, não havendo menção a doentes indigentes. O Governo dispunha de 63 camas no hospital e financiava o tratamento dos doentes militares. As restantes receitas provinham de fundos próprios da instituição<sup>233</sup>.

A divisão dos doentes era feita segundo o sexo, a classe e posteriormente em furiosos, tranquilos e imundos, ou seja, tinha um cunho sobretudo comportamental<sup>234</sup>.

Reconhecendo as deficiências de Charenton, o Governo resolveu construir um novo edifício, próximo do antigo, que aquando da visita de Bernardino António Gomes se encontrava já bastante adiantado. Esta grandiosa construção tinha por base os já assinalados quadrângulos à Esquirol que se foram replicando por uma vasta área. Este

---

<sup>230</sup> Este episódio levou Bernardino Gomes a considerar que *estes exercícios, além de fornecerem huma agradável distracção aos alienados, podem produzir sobre os exaltados hum efeito notavelmente calmante e ordenador das suas idéas e gestos*. Por outro lado, sendo possível excitar assim no espírito destes doentes sentimentos violentos, os quaes se podem humas vezes ser meios mui vantajosos de revulsão moral, de que se tire partido em seu tratamento, também em bastantes casos lhes podem ser prejudiciais Idem, *ibidem*, pp. 70-71.

<sup>231</sup> Idem, *ibidem*, p. 72.

<sup>232</sup> Idem, *ibidem*, pp. 72-73.

<sup>233</sup> Idem, *ibidem*, pp. 73-74.

<sup>234</sup> Idem, *ibidem*, p. 74.

edifício, cuja implantação no terreno era desnivelada, permitia que em todos os pontos do edifício se pudessem observar as cercanias e receber abundância de raios solares. Podia acolher até 1 000 doentes e era dotado de grande versatilidade no acolhimento das diversas classes de doentes, na medida em que cada pequeno quadrângulo podia constituir uma unidade única e isolada ou juntar-se a outras com utentes com características semelhantes<sup>235</sup>.

O edifício era rodeado quer por jardins quer por terrenos para cultivo e demais serviços. A água abundava, não faltando nada para que o novo estabelecimento figurasse nos melhores do seu género. Pese embora as inúmeras qualidades que o novo edifício encerrava, Bernardino António Gomes não se inibe de considerar que a grande extensão do edifício podia constituir uma dificuldade logística para determinados serviços. Por outro lado, as galerias em frente dos quartos, descobertas pela frente, não deveriam ser muito cómodas nas estações frias<sup>236</sup>.

O alienista português visita ainda o estabelecimento de Vanves, de carácter privado, também situado nos arredores de Paris, num vasto edifício implantado num terreno de grandes dimensões, com água abundante, bosques e campos de cultivo. A divisão dos doentes era inicialmente operada segundo o sexo dos alienados, posteriormente em sete diferentes divisões não sendo explícito o critério que presidia às mesmas<sup>237</sup>.

Os quartos ditos dos furiosos eram desprovidos de grande mobília e as suas janelas eram pequenas e com pouca diferenciação paisagística, ao contrário dos quartos dos doentes tranquilos que apresentavam não só um mobiliário mais cómodo, mas também eram considerados elegantes, próprios aos hábitos elevados das classes. Menciona a existência de residências isoladas nos terrenos adjacentes, que serviam para habitação de certos doentes e até das suas famílias. Do ponto de vista terapêutico, além dos exercícios nos jardins, no campo e dos passeios, instituía-se outras ocupações aos doentes como as leituras e até pequenas lições de botânica, geografia, entre outras<sup>238</sup>.

Por último, o autor dá-nos conta de alguns dados estatísticos relativos à população alienada existente em França que apresenta como pouco fidedignos<sup>239</sup>. Em 1887, no relatório dos atos da Mesa da Santa Casa, refere-se a existência, em França, de 110

---

<sup>235</sup> Idem, *ibidem*, pp. 74-76.

<sup>236</sup> Idem, *ibidem*, pp. 76- 77.

<sup>237</sup> Idem, *ibidem*, p. 78.

<sup>238</sup> Idem, *ibidem*, pp. 78-79.

<sup>239</sup> Idem, *ibidem*, pp. 79-80.

hospitais de alienados com uma população internada que ascendia aos 93 970 indivíduos. O elevado número de alienados é justificado pela *depravação crescente dos costumes, a ausência de moralidade e os vícios, que andam a par com ella*<sup>240</sup>.

Sobral Cid considera que neste país a diferenciação entre asilo e clínica psiquiátrica não é tão evidente como na Alemanha, embora seja reconhecida a necessidade de tratar os doentes agudos em unidades distintas dos asilos, que despoletou a criação de serviços em pequenos hospitais gerais para acolherem alienados numa fase aguda da sua doença<sup>241</sup>. A título de exemplo menciona a Clínica das Doenças Mentais e do Encéfalo da Faculdade de Medicina em Paris, instalada num pavilhão de um asilo parisiense, com características semelhantes às dos asilos alemães dispondo inclusive de um serviço de consulta externa e diversos laboratórios onde era privilegiada a investigação científica<sup>242</sup>.

Na cerca do asilo de Santa Ana funcionava o Hospital Rousselle que visava *não só o tratamento mas também a profilaxia das doenças mentais*, dispondo de 100 leitos proporcionando consultas de Psiquiatria geral e especializada (crianças anormais, epiléticos, toxicómanos), contava com vários laboratórios e secções de psicoterapia, eletroterapia, radiologia e de assistência social<sup>243</sup>.

Se Bernardino António Gomes centra as suas reflexões sobre os estabelecimentos asilares existentes, outros alienistas portugueses preferem incidir os seus discursos nas práticas de assistência familiar de alienados que, após alguma resistência inicial, vai sendo introduzida em França, beneficiando assim os alienados de vantagens terapêuticas e as famílias de benefícios económicos, como acontecia, desde 1891, em Dun-sur-Auron, sob a direção técnica do Dr. Morie<sup>244</sup>.

A cidade escolhida apresentava uma série de condições favoráveis nomeadamente o facto de ser servida por uma linha férrea e ser uma comunidade pacata que procurava

---

<sup>240</sup> Santa Casa da Misericórdia do Porto, *Relatório dos Actos da Mesa da Santa Casa da Misericórdia do Porto*, Porto, Imprensa Real, 1887, p. 320.

<sup>241</sup> José de Matos Sobral Cid, “Processo histórico e moderna orientação da assistência psiquiátrica”, *Op. cit.*, pp. 83-84. Também Magnan considera que, apesar de dispor de uma série de estabelecimentos, de diversas categorias, para acolher alienados, a França parecia não acompanhar a modernidade das práticas pois a alteração do modelo asilar processa-se com muita lentidão. Valentin. Magnan, *Op. cit.*, pp. 51-52.

<sup>242</sup> José de Matos Sobral Cid, “Processo histórico e moderna orientação da assistência psiquiátrica”, *Op. cit.*, p. 84.

<sup>243</sup> O autor considera que a tendência em França era a de *diferenciar, no corpo dos grandes asilos departamentais, pequenos serviços de hospitalização, de regime aberto ou misto, no género das clínicas psiquiátricas alemãs*. Idem, *ibidem*, p. 85.

<sup>244</sup> António Emílio Antunes de Vasconcelos, *Op. cit.*, 54.

reerguer-se economicamente. Por outro lado, os campos de cultivo eram em grande número<sup>245</sup>.

Antes de serem enviados para a colónia os doentes eram avaliados numa unidade especial na cidade de Paris e quando chegavam a Dun eram novamente observados naquela que viria a ser a enfermaria da colónia. Primeiro foram apenas enviados doentes do sexo feminino e, após vencidas as resistências iniciais, acolheram-se homens com diversas patologias do foro mental<sup>246</sup>.

O sucesso da colónia de Dun levou à criação de outras similares na região do Sena. A impressão de um visitante a esta colónia foi muito favorável afirmando que *a vida corre regularmente e o cumprimento das disposições regulamentares é quasi exato e sempre com facilidade exigido*<sup>247</sup>.

A roupa dos alienados era semelhante à dos habitantes locais e estes não se encontravam isolados, na medida em que podiam receber visitas dos seus familiares com frequência, que usufruíam, inclusive, de descontos nos transportes para os visitar. Os alienados viviam em liberdade completa, eram poucas as evasões e a sua alimentação encontrava-se também ela regulamentada<sup>248</sup>.

Para além dos benefícios económicos são tidos em conta também alguns benefícios culturais, pois os alienados traziam costumes citadinos muito diferentes dos existentes no campo. Apesar das colónias se basearem num ideal de repouso, muitos doentes trabalhavam, eram renumerados por tal e dispunham do seu dinheiro<sup>249</sup>.

Dun teve um crescimento bastante rápido e as famílias de acolhimento tinham as mais diversas ocupações sendo-lhes exigidos vários requisitos quer comportamentais quer no que dizia respeito ao espaço físico<sup>250</sup>.

O autor faz referência ao papel que as enfermarias desempenhavam, pois possuíam quartos de isolamento, banhos, farmácia, alojamento para o corpo médico e pessoal auxiliar e não prejudicavam os pressupostos da colónia pois apenas 6% dos alienados recolhiam por vezes às enfermarias<sup>251</sup>.

Em França a colonização dos alienados parecia ser mais difícil pois estes, habituados a viver em grandes cidades como Paris, sofriam de fortes preconceitos em ir

---

<sup>245</sup> Idem, *ibidem*, p. 55.

<sup>246</sup> Idem, *ibidem*, pp. 56-67.

<sup>247</sup> Idem, *ibidem*, p. 58.

<sup>248</sup> Idem, *ibidem*, pp. 58-59.

<sup>249</sup> Idem, *ibidem*, pp. 60-61.

<sup>250</sup> Idem, *ibidem*, pp. 66-67.

<sup>251</sup> Idem, *ibidem*, pp. 64-65.

para o campo, necessitando assim de um trabalho mais árduo para convencer os doentes. Deste modo, apenas 25 % os alienados que reuniam condições para admissão nas colônias aceitavam esta forma terapêutica<sup>252</sup>.

Em algumas colônias não era fácil para os alienados encontrarem trabalho, esbatendo-se assim um dos principais fundamentos das colônias: a ergoterapia. O autor considera que em colônias onde esta situação ocorresse deveriam ser criadas escolas profissionais que seriam úteis para quando o alienado tivesse alta<sup>253</sup>.

Outra colônia, Lurcy-Lévis é-nos mencionada como dispoñdo de uma população agrícola, numa região salubre, povo bom e paciente onde os idosos pagavam um franco diário por acolhimento, alimentação e roupa lavada. Existiam boas comunicações com a cidade para poderem receber visitas da família. Dispunha ainda de uma enfermaria para esta população e os alienados podiam ser acolhidos individualmente ou em grupo, no entanto os indivíduos que já se encontravam hospitalizados não se adaptavam facilmente<sup>254</sup>.

Este modelo era igualmente possível de ser encetado com crianças órfãs, que acediam assim a uma educação rural em vez de estarem nas ruas dos centros urbanos<sup>255</sup>.

O autor considerava, apesar das soluções existentes, que os recursos disponíveis para o alienado convalescente eram escassos e insuficientes, pois nem todos os departamentos franceses dispunham de instituições adequadas, estando em falta dispensários psiquiátricos onde os doentes pudessem recolher os seus medicamentos<sup>256</sup>.

Sobral Cid mostra ter conhecimento da existência de colônias familiares em França, considerando que seguiram o modelo de Gheel, datando Dun-sun-Auron de 1892, Ainay-le-Château em 1900 e Lurcy-Lévis em 1905<sup>257</sup>.

Também em França o estigma social associado ao alienado se encontrava fortemente enraizado na sociedade que o considerava como *inexoravelmente repellido e abandonado*<sup>258</sup>.

As poucas sociedades de beneficência existentes ajudavam os alienados através da distribuição direta de quantias pecuniárias ou da atribuição de roupa, auxiliando a sua

---

<sup>252</sup> Idem, *ibidem*, pp. 68-69.

<sup>253</sup> Idem, *ibidem*, pp. 67-68.

<sup>254</sup> Idem, *ibidem*, pp. 21-22.

<sup>255</sup> Idem, *ibidem*, p. 23.

<sup>256</sup> Idem, *ibidem*, pp. 72-73.

<sup>257</sup> José de Matos Sobral Cid, "Processo histórico e moderna orientação da assistência psiquiátrica", *Op. cit.*, p. 86.

<sup>258</sup> António Emílio Antunes de Vasconcelos, *Op. cit.*, p. 73.

colocação em estabelecimentos intermediários entre o internato e a vida livre ou através da colocação em empregos<sup>259</sup>.

As associações beneficentes de patronato familiar e pós-asilar dos alienados são mencionadas por Sobral Cid, que as considera como uma antecipação dos serviços sociais da Psiquiatria<sup>260</sup>.

Os alienados deparavam-se com muitas dificuldades em encontrar trabalho muito devido ao preconceito da incurabilidade da loucura. Neste sentido, o autor reforça que a solução deste problema deveria passar pelos poderes públicos que poderiam criar oficinas especializadas onde os alienados pudessem trabalhar<sup>261</sup>.

Dos recursos terapêuticos disponíveis, os autores portugueses dão-nos conta da utilização da hidroterapia marítima desde o início do séc. XIX, existindo em França, a par da Alemanha, uma importante ampliação nos conhecimentos deste domínio<sup>262</sup>. Muito valorizado pelos alienistas nacionais parece ser o facto de o ensino da Psiquiatria em França remontar a 1879 através de uma cadeira de moléstias mentais<sup>263</sup>.

No que diz respeito à situação particular dos alienados criminosos é mencionada a Lei francesa que considerava que, caso os alienados perturbassem a ordem pública ou a segurança individual, deveriam ser encaminhados para um asilo de alienados, após certificação médica ou pela autoridade pública<sup>264</sup>.

Numa análise global, Sobral Cid considera que, em França, apesar das condições não serem as melhores, a capacidade de acolhimento de alienados era elevada. Só na região de Paris, com uma população semelhante à portuguesa no mesmo período, encontravam-se institucionalizados cerca de 16 000 alienados<sup>265</sup>.

Assistia-se no início do séc. XX a uma mudança de designação: de asilo de alienados passamos para estabelecimento psicoterápico. Esta nomenclatura não é tida como a mais adequada pois psicoterapia significa estritamente *o tratamento pelos meios*

---

<sup>259</sup> Idem, *ibidem*, pp. 73-74.

<sup>260</sup> José de Matos Sobral Cid, “Processo histórico e moderna orientação da assistência psiquiátrica”, *Op. cit.*, p. 86.

<sup>261</sup> Idem, *ibidem*, p. 74.

<sup>262</sup> Luís Pereira da Costa, *Op. cit.*, p. 11.

<sup>263</sup> António Maria de Sena, *Op. cit.*, p. 80.

<sup>264</sup> O autor considera ainda que, em terras gaulesas, a assistência psiquiátrica é em grande parte desdenhada. António Patrício, *Op. cit.*, pp. 61-64.

<sup>265</sup> O autor considera ainda que os asilos franceses na sua maior parte de remota fundação não são, pelo geral, dos melhores da Europa, se bem que mesmo os mais modestos possam ombrear com o que há de melhor entre nós (Conde Ferreira) José de Matos Sobral Cid, “Processo histórico e moderna orientação da assistência psiquiátrica”, *Op. cit.*, p. 86. Sena informa-nos também que, no final do séc. XIX, o coeficiente de alienação mental em França era de 1 alienado para cada 444 habitantes. António Maria de Sena, *Op. cit.*, p. 253.

*psíquicos*. Porém, assumia uma nova feição terapêutica procurando diminuir o estigma fortemente enraizado no seio das sociedades relativamente aos manicómios<sup>266</sup>.

Como exemplo é abordado o Estabelecimento Psicoterápico Fleury-les-Aubrais que dispunha de várias secções como um serviço de observação e vigilância, uma secção asilar, uma colónia agrícola, uma vila para pensionistas, um serviço destinado a crianças e um serviço aberto. Este estabelecimento funcionava assim como *um complexo sistematizado de órgãos relativamente independentes adaptados cada um às suas funções embora subordinados a uma direcção comum*. Dispunha de uma sala de festas, escola para os filhos dos empregados e os alienados encontravam ocupação nos serviços internos, indústrias domésticas e trabalhos agrícolas<sup>267</sup>.

A realidade da assistência aos alienados em França é talvez a mais conhecida por parte dos alienistas portugueses. Se numa fase inicial os ideais perpetrados por Pinel e Esquirol influenciaram decisivamente a refundação da Ciência Psiquiátrica, no final do séc. XIX é por eles percecionada uma decadência nas instituições asilares aliada a uma reduzida capacidade para se adaptarem aos novos preceitos da ciência.

Quando aborda as instituições de alienados de Inglaterra, Bernardino António Gomes delonga-se em considerações estatísticas que procuram conhecer o número de doentes nas Ilhas Britânicas mas termina considerando que os dados existentes são parciais e não permitem conhecer a verdadeira extensão da problemática em questão<sup>268</sup>.

É dilatada a descrição do asilo de Hanwell que foi inaugurado em 1830 e se situava nos arredores de Londres, sendo-nos inclusivamente apresentada uma planta do mesmo. A sua localização é privilegiada: é salubre, com água corrente e vastos terrenos. Inicialmente concebido para 300 doentes, as suas ampliações permitiram aumentar o número de alienados a 1 000 indivíduos<sup>269</sup>.

Refira-se que nas latrinas as descargas de água eram frequentes e aparentemente automáticas, o que permitia um maior asseio das mesmas, tornando-as inodoras. Os quartos para epiléticos tinham as suas particularidades que procuravam proteger o alienado das mazelas físicas decorrentes do seu estado patológico. Assim, o chão e as paredes eram estofados. Apesar de cumprir na plenitude o seu propósito, este método é

---

<sup>266</sup> José de Matos Sobral Cid, “Processo histórico e moderna orientação da assistência psiquiátrica”, *Op. cit.*, p. 87.

<sup>267</sup> Idem, *ibidem*, pp. 87-88.

<sup>268</sup> Bernardino António Gomes, *Op. cit.*, pp. 80-83.

<sup>269</sup> Idem, *ibidem*, pp. 84-88.

tido como muito dispendioso e necessitava de uma elevada manutenção face ao perigo de se tornar num foco de infeção<sup>270</sup>.

A iluminação era a gás e as diversas dependências existentes, até mesmo um cemitério, concorriam para uma independência acentuada do estabelecimento contribuindo deste modo para um estado de isolamento que se pretendia alcançar<sup>271</sup>.

Pese embora a grande qualidade do hospital, Bernardino António Gomes, com o seu olhar crítico, aponta alguns defeitos como a localização da cozinha (num extremo do edifício) bem como a provável falta de água para uma população de alienados cada vez maior<sup>272</sup>.

O asilo era dirigido por uma comissão de 15 magistrados do Condado, existindo um médico diretor e uma diretora *que têm sido sempre marido e mulher*. Diga-se que inicialmente o rácio enfermeiro/doente seria de 1/25 mas, após a abolição de quase todos os meios de repressão, tal rácio teve de ser aumentado para 1/18<sup>273</sup>.

O quotidiano da instituição era regulamentado por horários rígidos como em Siebourg merecendo referência por parte do autor a própria dieta dos alienados<sup>274</sup>.

No que respeita ao movimento dos doentes, Bernardino António Gomes aborda dados como a curabilidade, mortalidade e causas da alienação que divide em causas morais, físicas e hereditárias<sup>275</sup>.

É neste asilo que a ergoterapia parece encontrar o seu expoente máximo mas terá sido necessário derrubar diversas barreiras numa fase inicial, quer por parte dos doentes quer empregados, que foi necessário instruir. Também as indústrias locais se mostraram apreensivas, pois temiam uma concorrência semelhante à que havia sido criada pelas oficinas das prisões e casas de correção que com elas competiam com mão-de-obra mais barata<sup>276</sup>. Terá sido, inclusive, criado um lugar onde eram vendidos produtos que eram fruto do trabalho dos doentes, constituindo assim uma fonte de rendimento para o hospital sendo que eram distribuídas pequenas recompensas aos próprios alienados<sup>277</sup>.

---

<sup>270</sup> Idem, *ibidem*, pp. 87-88.

<sup>271</sup> Idem, *ibidem*, p. 88.

<sup>272</sup> Idem, *ibidem*, pp. 89-90.

<sup>273</sup> Idem, *ibidem*, pp. 89-90.

<sup>274</sup> Idem, *ibidem*, pp. 91-92.

<sup>275</sup> Idem, *ibidem*, pp. 92-94.

<sup>276</sup> No entanto, a importância deste recurso terapêutico justifica as tentativas para serem ultrapassados os obstáculos e para se utilizar o mais possível este importante recurso no tratamento da alienação, além de todos os serviços do estabelecimento, internos e externos, em que pareceo proveitoso empregar os doentes, creárão-se oficinas de todos os géneros, onde trabalham muitos deles. Idem, *ibidem*, p. 94.

<sup>277</sup> Idem, *ibidem*, p. 94.



A ergoterapia parecia constituir-se como um meio calmante em muitos estados de excitação maníaca e era considerada como *um poderoso instrumento de cura e o primeiro elemento de ordem dentro destes asilos*. Note-se que, ao contrário do Dr. Jacobi, procurava integrar-se os alienados em atividades semelhantes às que exerciam antes do seu internamento por se apresentar de mais fácil assimilação<sup>278</sup>.

Outro facto notável que aparentemente se observa neste asilo tem que ver com os poucos meios de repressão usados. Inicialmente parece não ter sido simples a sua abolição, pois os empregados mostravam-se receosos quanto ao nível de liberdade atribuída doentes e nem sempre era fácil aumentar a vigilância. Deste modo, reforçaram-se os recursos humanos disponíveis e aperfeiçoaram-se ainda mais as divisões dos inquietos para facilitar a vigilância e diminuir a recíproca influência dos agitados<sup>279</sup>.

A par da vigilância, a ocupação efetiva dos doentes contribuía para diminuir a excitabilidade nervosa. Refira-se que *os esforços musculares, regularizados pelo exercício methodicamente encaminhado, são hum meio revulsivo capaz das mais úteis aplicações no tratamento das aberrações do systema nervoso*. Embora este sistema estivesse sempre presente na terapêutica das doenças mentais ninguém o havia utilizado com tamanho sucesso<sup>280</sup>.

Outro asilo que mereceu a atenção de Bernardino António Gomes foi o instalado em Bethlem. O edifício, construído no séc. XIII, foi destinado para acolher alienados desde o séc. XVI e renovado duas vezes até então<sup>281</sup>. Encontrava-se implantado numa área reduzida e, após uma descrição arquitetónica, é tido como muito limpo e asseado, o que não acontecia há 20 anos atrás quando, segundo o autor, factos horrorosos foram apresentados ao público, que cedo se fez manifestar. A sua regulação parece ser um fator importante e o Governo acabou por aceder procedendo a uma reformulação de Bethlem<sup>282</sup>.

No relatório anual da Santa Casa da Misericórdia do Porto em 1887, num exercício de comparação da população alienada portuguesa com a existente em Inglaterra, é referida a existência de 81 hospitais de alienados que acolhiam cerca de 112 700 doentes. O

---

<sup>278</sup> Idem, *ibidem*, pp. 95-96.

<sup>279</sup> O auto refere-nos que *se à voz de Pinel começarão por toda a parte a cobrir dos punhos e pés as pesadas correntes aos desgraçados alienados, à do Dr. Conolly principalmente deve-se hoje a quasi completa supressão de todos os meios de repressão*. Idem, *ibidem*, p. 96.

<sup>280</sup> Idem, *ibidem*, p. 97.

<sup>281</sup> Bernardino Gomes considera que a sua frente é grandiosa *que huma ironia malévola fez construir á semilhança da habitação dos Reis de França, o Palácio das Tuileries em Paris*. Idem, *ibidem*, p. 98.

<sup>282</sup> Idem, *ibidem*, pp. 98-99.

elevado número de alienados é justificado pela excentricidade do povo que é também frequentemente afetado pelo célebre *spleen*<sup>283</sup>.

Na cidade escocesa de Glasgow é feita referência à construção recente de um asilo com forma radiada ou panótica que, embora tornando a vigilância mais fácil, tinha graves inconvenientes como obscuridade nos ângulos e um difícil isolamento das divisões dos doentes. Estes inconvenientes são reconhecidos de tal forma que o mesmo arquiteto de Glasgow, aquando da construção de um novo hospital para alienados, opta por uma construção em H em Wakefield do qual o autor nos mostra a planta<sup>284</sup>.

Ainda na Escócia o modelo de assistência familiar terá encontrado terreno fértil para prosperar. Assim, os doentes eram recebidos pelos habitantes, em pequenos grupos, e a sua vigilância entregue ao médico local, existindo um sistema de proteção social para os mais desfavorecidos bastante apreciável, sendo obrigatória a assistência por parte das autoridades locais. Os indivíduos podiam reclamar para o *sherife* ou autoridades locais caso lhes fosse negado o socorro ou considerassem que este era insuficiente. Esta ajuda, cujo financiamento provinha maioritariamente dos cofres do Estado, podia consistir numa compensação pecuniária ou na colocação em estabelecimentos especiais, cabendo ao inspetor dos pobres a avaliação da verdadeira necessidade de auxílio bem como a suficiência do mesmo<sup>285</sup>.

Na Escócia os alienados encontravam-se na sua maioria em asilos (80%), posteriormente em casas estranhas (13%) e apenas 7% no seu domicílio. A colocação de alienados pensionistas nas aldeias constituía uma forma de revitalização económica dos espaços rurais que se viam a braços com períodos de miséria. Cada família não recebia mais de três alienados pois pretendia-se cultivar o sentimento familiar. As regras eram semelhantes às dos aldeões e muitos desenvolviam tarefas semelhantes às das famílias que os acolhiam. Os que não podiam trabalhar tinham *um viver idêntico aos outros inválidos*<sup>286</sup>.

Os alienados eram na sua maioria provenientes dos asilos, cuja situação, na opinião médica, beneficiaria com a colocação na casa de outras famílias. Cada alienado era visitado por uma Comissão pelo menos trimestralmente. O tratamento no domicílio

---

<sup>283</sup> Entenda-se por *spleen* um profundo estado de melancolia, anedonia e angústia. Santa Casa da Misericórdia do Porto, *Relatório dos Actos da Mesa da Santa Casa da Misericórdia do Porto*, Porto, Typographia de A. J. da Silva Teixeira, 1887, p. 320.

<sup>284</sup> Bernardino António Gomes, *Op. cit.*, p. 100.

<sup>285</sup> António Emílio Antunes de Vasconcelos, *Op. cit.*, pp. 94-97.

<sup>286</sup> Idem, *ibidem*, pp. 98-100.

dos doentes crónicos e incuráveis tem a sua génese numa lei de 1857 que previa a construção de asilos pelo país. Como a sua construção se afigurou morosa, os alienados começaram a ser recebidos por famílias de forma transitória. A eficácia deste método tornou-o definitivo<sup>287</sup>.

Apesar das vantagens da colocação familiar, considerava-se importante manter asilos em funcionamento, em especial, para os casos que obrigassem a uma atenção especial por parte dos clínicos (afeções cirúrgicas, contagiosas, etc.) ou quando os doentes eram perigosos para si próprios ou para a família e sociedade<sup>288</sup>.

Apesar de se preconizar a dispersão dos doentes mentais por diversas aldeias da Escócia, casos havia em que uma parte importante da população era alienada, indo contra os pressupostos em que o número de loucos *não devia constituir um elemento notável entre a população sã*. A assistência clínica era prestada pelos médicos locais cuja formação incluía obrigatoriamente matérias de patologia mental<sup>289</sup>.

A colocação familiar de alienados apresentava-se como muito vantajosa dado que permitia ao alienado a restituição de um domicílio, concedia-lhe maior facilidade de reintegração social e proporcionava *uma modificação feliz no estado mental*. Não eram ainda de descurar os benefícios económicos que este modelo proporcionava à família que acolhia o alienado<sup>290</sup>.

Aos convalescentes estavam reservados sistemas de porta aberta, de alocação familiar entre outros modos de se readaptarem à vida social, através de um emprego, ganhando o seu salário, em suma, procurando uma reintegração na sociedade<sup>291</sup>.

Em Inglaterra o patronato familiar parece difícil de implementar pois, se por um lado *falta ao povo a sagacidade, a clareza e a verdadeira força moral da população escosseza*, também o poder político parece dar pouca relevância ao conhecimento científico médico *preocupando-se mais com o lado geral político, da jurisdição e princípios*<sup>292</sup>.

Bernardino António Gomes considerava que foi em Inglaterra que encontrou as melhores condições para os alienados e pensa que para tal contribuíram médicos esclarecidos, um público filantrópico e um Governo acessível. Considera que o recurso à

---

<sup>287</sup> Idem, *ibidem*, pp. 100-101.

<sup>288</sup> Idem, *ibidem*, p. 101.

<sup>289</sup> Idem, *ibidem*, p. 103.

<sup>290</sup> Idem, *ibidem*, p. 102.

<sup>291</sup> Idem, *ibidem*, p. 71.

<sup>292</sup> Idem, *ibidem*, p. 104.

ergoterapia colhia os seus frutos quer no tratamento dos doentes quer no diminuto uso dos meios de repressão. Por outro lado, a construção de novos hospitais não obedecia a um modelo em concreto e na direção dos estabelecimentos encontravam-se muitos médicos que eram fiscalizados pelas autoridades dos Condados e pelo público em geral. Como aspetos negativos realça o reduzido número de médicos para tão grande população internada e a não separação entre doentes curáveis e incuráveis<sup>293</sup>.

António Maria de Sena pouca referência faz ao sistema assistencial inglês, limitando-se a mencionar o rácio de alienados por habitante que considera ser de 1 por 365<sup>294</sup>.

Já no início do séc. XX, Sobral Cid renova os elogios ao sistema britânico, pioneiro na abolição, nos asilos, dos meios mecânicos repreensivos e de contenção, desde meados do séc. XIX<sup>295</sup>.

Apesar de a institucionalização dos alienados se concretizar em estabelecimentos fechados, o autor considera que aqui os doentes gozavam de mais liberdade, chegando ao ponto de a alguns ser possibilitado o sistema de porta aberta<sup>296</sup>.

Embora as condições físicas dos asilos ingleses sejam consideradas satisfatórias o sistema asilar não era já considerado como o mais adequado para o tratamento das formas agudas da doença mental e o estigma social presente na sociedade para com os indivíduos que ficavam institucionalizados nos asilos não facilitava o acolhimento de psicoses no estado incipiente, precisamente aqueles cujo prognóstico era tanto mais favorável quanto uma intervenção precoce<sup>297</sup>.

À época era muito debatido no interior das classes que se preocupavam com a sorte dos alienados quais os novos caminhos a seguir na assistência psiquiátrica e considerava-se que a Lei que regulava a admissão dos alienados devia se revista, reclamando-se também a criação de serviços abertos anexos aos hospitais, onde os doentes agudos pudessem ser socorridos sem as formalidades atualmente necessárias<sup>298</sup>.

É abordado o exemplo do Hospital de Maudsley, criado após uma importante doação pecuniária para esse efeito. Neste hospital existia um serviço de consulta externa, laboratórios e as pensões eram proporcionais às posses dos doentes. Nele eram acolhidos

---

<sup>293</sup> Bernardino António Gomes, *Op. cit.*, pp. 101-102.

<sup>294</sup> António Maria de Sena, *Op. cit.*, p. 253.

<sup>295</sup> José de Matos Sobral Cid, “Processo histórico e moderna orientação da assistência psiquiátrica”, *Op. cit.*, p.91.

<sup>296</sup> Idem, *ibidem*, p. 91.

<sup>297</sup> Idem, *ibidem*, p. 91.

<sup>298</sup> Idem, *ibidem*, pp. 91-92.

doentes em fase aguda, com maior probabilidade de cura e eram professados cursos destinados aos *médicos postulantes do diploma de Psychological Medicine*<sup>299</sup>.

Os diferentes modelos assistenciais implementados nas Ilhas Britânicas eram assim manifestamente conhecidos dos alienistas portugueses mais esclarecidos, adquirindo a ergoterapia um papel de destaque nos fundamentos terapêuticos para com os alienados sendo também de referir o esforço empreendido para uma efetiva abolição da utilização de meios de repressão.

Outros países são mencionados nos discursos dos médicos contemporâneos de forma mais pontual e diretamente conotado com um modelo de assistência em particular.

A Suécia dispunha de 13 asilos para alienados e de uma colônia, Kausberga, em moldes semelhantes aos de Gheel embora António Vasconcelos considere que se situava muito longe da cidade de Vexio (66 km) e não possuía médico especialista. No entanto, nesta aldeia, os habitantes pareciam estar acostumados a cuidar de alienados pelo que se tornava mais fácil a sua instalação. Por outro lado estava também disponível o patronato familiar<sup>300</sup>.

Na Áustria existia um asilo onde os doentes eram maioritariamente ocupados em trabalhos agrícolas desde 1885. O sucesso deste modelo e a importância da ocupação laboral dos alienados explicavam a expansão deste fenómeno à escala nacional<sup>301</sup>. Vigorava o modelo de patronato familiar onde as famílias recebiam até três alienados, suscetíveis de desempenhar trabalho útil. As casas que acolhiam os doentes encontravam-se bastante distantes umas das outras o que dificultava o encontro entre alienados do sexo oposto<sup>302</sup>. Os *morriciers*<sup>303</sup> recebiam formação técnica sobre como lidar com os alienados, bem como formação ao nível da higiene do domicílio, conhecimentos que eram aproveitados para melhorar as condições de salubridade do lar<sup>304</sup>.

---

<sup>299</sup> Idem, *ibidem*, p. 102.

<sup>300</sup> António Emílio Antunes de Vasconcelos, *Op. cit.*, pp. 109-110.

<sup>301</sup> Nesta colônia o papel dos enfermeiros parece adquirir grande relevância na medida em que o autor nos informa que *Enfermeiros casados, habitando perto do estabelecimento de alienados, recebiam doentes, avaliavam-nos e eram posteriormente distribuídos por famílias de acolhimento sob a supervisão dos enfermeiros*. Idem, *ibidem*, p. 111

<sup>302</sup> O autor refere-nos assim que *a assistência familiar na Áustria pode considerar-se como um benefício por equall therapeutico e económico, além de vir impor às populações da região a adopção de novos costumes, mais progressivos e com uma influência educadora louvável e decisiva*. Idem, *ibidem*, p. 112.

<sup>303</sup> Entenda-se por *morriciers* os indivíduos que, no seio de cada família, eram responsáveis pelo acolhimento dos alienados.

<sup>304</sup> Idem, *ibidem*, p. 113.

A assistência familiar no seio da própria família do alienado também era praticada. No entanto, a pouca importância que o autor lhe confere leva-nos a considerar que deveria ser residual<sup>305</sup>.

Um Decreto de Lei viria afirmar a necessidade dos estabelecimentos públicos oficiais compreenderem um asilo para alienados curáveis, outro para alienados incuráveis e possibilitarem a assistência familiar<sup>306</sup>.

Na Hungria, a crise financeira em que o país estava mergulhado, levou a que a questão da assistência aos alienados passasse para segundo plano. Só em 1905 se adotou o sistema de assistência familiar, com resultados positivos, no entanto a sua aplicação era residual. É-nos dito que as instituições existentes se encontravam sobrelotadas e a grande maioria dos alienados e idiotas não encontrava colocação em asilos adequados<sup>307</sup>.

Os *morriciers* húngaros recebiam formação em como lidar com os novos hóspedes, devendo cada família acolher dois doentes em quartos separados, arrecadando uma pensão para o seu sustento e uma quantia anual para vestuário. Esta quantia podia aumentar caso o alienado fosse considerado um doente grave ou diminuir caso o alienado trabalhasse. Era seu dever apresentar-se com os doentes no início de cada mês para estes tomarem banho e serem pesados<sup>308</sup>.

Em Espanha existiam 3 000 doentes internados e outros tantos em casas ou instituições não registadas. Desta forma a assistência familiar não era regrada, não era fornecida instrução especial sendo os doentes tratados de forma empírica<sup>309</sup>.

Os asilos suíços eram considerados pouco adequados no que dizia respeito às suas instalações físicas, caracterizadas como antiquadas, mas eram modelares no que respeitava à sua organização interior. Em especial é valorizada a importância concedida à ergoterapia e às condições que os asilos dispunham para tal. Estavam dotados de vastos terrenos agrícolas bem como de salas de trabalho anexas onde estavam instituídas pequenas indústrias caseiras nas quais se fabricavam pequenos artefactos passíveis de serem utilizados no estabelecimento ou que se vendiam com facilidade. Estes estabelecimentos proporcionavam uma ocupação regular a 86% dos alienados. As instituições eram na sua maioria mistas, ou seja, acolhiam alienados curáveis e incuráveis.

---

<sup>305</sup> Idem, *ibidem*, p. 113.

<sup>306</sup> Idem, *ibidem*, p. 113.

<sup>307</sup> Idem, *ibidem*, p. 114.

<sup>308</sup> Idem, *ibidem*, p. 114.

<sup>309</sup> O autor considerava que em Espanha *a colocação nos asylos não é fácil, e fóra d'elles o que se nota é uma ausência deploravel dos principios acientíficos*. Idem, *ibidem*, p. 119.

Como exceção encontrava-se o Asilo de Burghölzli, que servia de clínica à Faculdade de Medicina, que apenas acolhia doentes agudos<sup>310</sup>.

Nesta cidade existia ainda uma policlínica psiquiátrica que se dedicava especialmente à *consulta e tratamento ambulante de doentes e possibilitava aos alunos médicos que procuravam especializar-se a possibilidade de observarem num curto espaço de tempo um grande número de diferentes casos de alienação mental*<sup>311</sup>.

Na Turquia a situação é descrita como bárbara e atroz, sendo os asilos lugares de martírio onde os doentes viviam algemados, tratados com violência e às vezes a chicote. Não havia instrução psiquiátrica no país<sup>312</sup>.

Na Rússia foram vencidas resistências iniciais e encontravam-se em funcionamento diversas colónias familiares<sup>313</sup>.

Era nos Estados Unidos que Sobral Cid considerava existir uma melhor organização nos serviços assistenciais aos alienados fundamentando a sua opinião na abundância de recursos económicos estatais e no importante contributo individual. O autor faz notar que estava a falar de uma nação recente que se encontrava *desembaraçada do peso morto de velhas instituições e do momento de inércia da tradição*. Deste modo foi fácil aos Estados Unidos absorverem o que de melhor existia na Europa quer do ponto de vista asilar quer em hospitais psiquiátricos<sup>314</sup>.

Existiam assim estabelecimentos estaduais *for lunatics* correspondendo aos asilos europeus e os *psychopatics hospitals*, destinados a casos agudos e inspirados nas clínicas psiquiátricas universitárias alemãs<sup>315</sup>.

Nos Estados onde não funcionavam ainda hospitais especializados para acolher doentes mentais agudos, existiam nos hospitais gerais ou nos asilos os *psychopatics pavillions* adaptados para esse efeito. Encontravam-se ainda alguns estabelecimentos com uma vocação de carácter profilático. Esta vertente preventiva assentava na ação social, combatendo as causas que podiam conduzir à loucura<sup>316</sup>.

Foram criadas várias associações em todos os Estados Unidos que, possuindo importantes meios financeiros procuravam *educar e instruir o povo sobre as causas das*

---

<sup>310</sup> José de Matos Sobral Cid, “Reforma e actualização da assistência psiquiátrica em Portugal”, *Op. cit.*, pp. 89-90.

<sup>311</sup> Idem, *ibidem*, p. 90.

<sup>312</sup> António Emílio Antunes de Vasconcelos, *Op. cit.*, p. 119.

<sup>313</sup> Idem, *ibidem*, p. 105.

<sup>314</sup> José de Matos Sobral Cid, “Reforma e actualização da assistência psiquiátrica em Portugal”, *Op. cit.*, p. 93.

<sup>315</sup> Idem, *ibidem*, p. 93.

<sup>316</sup> Idem, *ibidem*, p. 94.

*psicopatias, já pela publicação de brochuras, folhetos e cartazes (...) já organizando amíde nas principais cidades americanas, reuniões, conferências e exposições sobre todos os temas que de longe ou de perto podem interessar aos seus fins.* Estas associações auxiliavam os clínicos psiquiátricos oficiais, contribuíam para a fundação de dispensários ou clínicas de higiene mental, realizavam inquéritos e estatísticas sobre alienação, organizavam cursos, fundavam inclusive escolas especiais para *informação profissional dos enfermeiros e visitantes a que os americanos dão o nome de social workers*<sup>317</sup>.

Os dispensários psiquiátricos eram considerados como a base de todo o sistema de profilaxia mental existente nos EUA e eram constituídos por um serviço de consulta externa e um serviço social de psiquiatria<sup>318</sup>.

Estes serviços encontravam-se num ponto central, facilmente acessível ao alienado que não precisava de pagar grandes quantias pela assistência prestada. Todavia, a experiência mostrava que os efeitos práticos destas consultas eram reduzidos pois o plano terapêutico instituído era raramente cumprido pelo alienado. É neste domínio que o serviço social intervinha *seguindo o doente no seu próprio domicílio, orientando a família e melhorando, na medida do possível, as condições morais e materiais no seio familiar*<sup>319</sup>.

Os assistentes, que deviam ter formação teórica, podiam ser voluntários ou remunerados e, logo após o contacto do alienado com o dispensário, visitavam o seu domicílio, examinavam a sua dinâmica familiar e social e apuravam os seus antecedentes hereditários, procurando conhecer quais as causas da alienação mental. Quando se apercebiam de difíceis condições económicas, procurava angariar meios de subsistência no sentido de lhes proporcionar boas condições materiais e morais<sup>320</sup>.

Os assistentes sociais não trabalhavam apenas nos dispensários e desenvolviam a sua atividade nas clínicas hospitalares e asilos onde tinham também a função de *velar pelo futuro dos doentes, curáveis ou melhoráveis, preparar convenientemente a sua reintegração no meio familiar e social, na previsão da sua saída do asilo*<sup>321</sup>.

Quando os doentes tinham alta, as dificuldades que se lhes afiguravam eram muitas e de ordem distinta. Frequentemente não encontravam no seio da família

---

<sup>317</sup> Idem, *ibidem*, p. 95.

<sup>318</sup> Idem, *ibidem*, p. 96.

<sup>319</sup> Idem, *ibidem*, p. 96.

<sup>320</sup> Para Sobral Cid a assistência social deve ser continuada e prosseguida metodicamente enquanto durar o estado psicótico e até mesmo depois da sua cura, como complemento indispensável da assistência médica e um eficaz instrumento de profilaxia mental. Idem, *ibidem*, p. 96.

<sup>321</sup> Idem, *ibidem*, p. 98.



condições favoráveis à sua convalescença e, muitas vezes, devido à sua longa doença, perdiam o emprego e consequentemente o seu meio de subsistência. Por isso, antes da alta, o serviço social procurava garantir uma ocupação renumerada ao alienado ou outras formas de subsistência<sup>322</sup>.

A sua ação desenvolvia-se ainda junto os incuráveis, inofensivos, que podiam ser acolhidos no seio da família onde continuariam a ser observados periodicamente pelo médico alienista, pelos visitantes e assistentes sociais do asilo<sup>323</sup>.

Percebemos, assim, que os alienistas portugueses do final do séc. XIX detinham algum conhecimento no que se referia às condições assistenciais em alguns países, sobretudo Europeus. No entanto, não se limitavam a descrever as instituições e os métodos terapêuticos usados, tendo frequentemente uma visão crítica dos mesmos.

É evidente a multiplicidade de soluções que pontuavam nos diferentes Estados Europeus. Se durante grande parte do séc. XIX o modelo vigente era o da institucionalização em grandes asilos, à medida que caminhamos em direção ao séc. XX as soluções multiplicam-se adquirindo as colónias agrícolas um papel tão ou mais importante que os próprios hospitais de alienados. A aquisição por parte dos alienados do estatuto de doente representou um passo fundamental no sentido de uma melhoria efetiva da assistência a estes indivíduos porém, a incurabilidade de muitas das formas desta doença, cedo provocou uma acumulação de alienados nos grandes hospitais. A almejada melhoria das condições assistenciais a estes doentes em muito ficou comprometida, o que poderá ter representado uma motivação para a procura de outras soluções a nível assistencial.

---

<sup>322</sup> Idem, *ibidem*, p. 98.

<sup>323</sup> Idem, *ibidem*, p. 99.

### 1.3 – A alienação mental no Portugal Oitocentista

*De estabelecimentos para alienados  
temos tudo por fazer em Portugal*<sup>324</sup>.

O panorama assistencial em Portugal no séc. XIX apresenta mais pontos de divergência do que de contacto, quando comparado com outros países europeus, em especial se nos situarmos nas primeiras décadas de Oitocentos. O conhecimento que os principais alienistas contemporâneos detinham da situação vivida noutros países influenciou decididamente os projetos que se pretendiam implementar em Portugal. No entanto, muitas das medidas que se pretendiam executar apenas constaram de diplomas legislativos com pouca ou nenhuma tradução para a realidade assistencial.

O primeiro hospital de alienados nacional vai abrir portas apenas em 1848, após muitos avanços e recuos por parte das autoridades, o que representou desde logo um atraso face a muitos países europeus que já dispunham de instituições especializadas no acolhimento desta população.

Optámos por dividir este subcapítulo tendo em conta a abertura do Hospital de Rilhafoles, por constituir um momento crucial na assistência aos alienados em Portugal.

Recorremos não só a fontes contemporâneas como também às considerações que os próprios alienistas nos deixaram sobre a temática e o período cronológico em questão na medida em que analisaram documentos que, na atualidade, não conseguimos encontrar.

#### 1.3.1 – A assistência aos loucos antes de 1848

A assistência aos alienados em Portugal no início da Idade Moderna era assegurada, em Lisboa, pelo Hospital Real de Todos os Santos. Em 1539 os doentes alienados estavam a cargo do Padre Fernandes de Gouveia encontrando-se este incumbido de *curar todos os doentes fora do seu siso que nele (hospital) fossem recebidos para serem curados por ele disso ter muita experiência e os sabe bem curar*<sup>325</sup>.

<sup>324</sup> Bernardino António Gomes, *Op. cit.*, p. 105.

<sup>325</sup> “Algumas datas notáveis na história da assistência aos doentes mentais em Portugal”, in *Centenário do Hospital Miguel Bombarda antigo Hospital de Rilhafoles*, [s.l.], Edição do Hospital Miguel Bombarda, 1948, p. 21.

Quando em 1601 um incêndio deflagrou no hospital, a este foram acrescentadas algumas casas, tendo algumas delas, contíguas à morgue, sido destinadas a acolher *doidos e doidas*. Novamente um incêndio, em 1750, fez desaparecer as ditas casas e os alienados encontraram no interior do hospital novo refúgio<sup>326</sup>.

Com a destruição do Hospital Real de Todos os Santos pelo terramoto de 1755, os loucos estiveram *por baixo das cabanas do Rossio* e mais tarde nas cocheiras do Conde de Castelo Melhor. Oito anos mais tarde, em 1763, há notícia que os doentes se encontravam numa das enfermarias do Hospital do Rossio e dariam entrada no Hospital Nacional e Real de São José em 1775, onde ocupavam inicialmente duas enfermarias: as mulheres encontravam-se na enfermaria de Santa Eufémia (n.º 19) e os homens na enfermaria de São Teotónio (n.º 13)<sup>327</sup>.

Desde 1818 que o HSJ recebia com regularidade alienados, tidos como doentes na medida em que se procurava conceder-lhes condições de isolamento e cuidados próprios com o intuito de se curarem ou de melhorarem<sup>328</sup>.

Sena demora-se a descrever as enfermarias de São José que refere serem constituídas por salas de grandes dimensões. No entanto, no máximo, cada doente ficava com 15,75 m<sup>3</sup> de ar e em alguns casos estavam desprovidos de ventilação e luz<sup>329</sup>.

Os quartos dispunham de duas a três camas, apesar das reduzidas dimensões dos mesmos. Sena diz-nos que, regra geral, tinham dois metros de altura por 4,5 metros de comprimento e no máximo quatro metros de largura. A maioria destes quartos eram escuros e fechados com duas portas, sendo de notar que na divisão sexual masculina existia um jardim, ocorrendo a possibilidade dos alienados deambularem pelo exterior do hospital, sendo de destacar também a existência de um quarto isolado destinado a doentes furiosos.

No que se refere ao mobiliário, alimentação e assistência médica, Sena considera que *não estavam muito mal servidos; pelos escritos de época se vê, que já então havia da parte dos médicos, e mesmo da administração, os melhores desejos de melhorar a sorte de tão infelizes criaturas*<sup>330</sup>.

---

<sup>326</sup> Idem, *ibidem*, p. 21.

<sup>327</sup> Idem, *ibidem*, p. 21.

<sup>328</sup> António Maria de Sena, *Op. cit.*, p. 94.

<sup>329</sup> A enfermaria de São Teotónio tinha 20 m altura por 50 m comprimento e 13 m largura; Santa Eufémia dispunha de 15 m altura por 36 m de comprimento e 15 m de largura). Idem, *ibidem*, p. 94.

<sup>330</sup> Idem, *ibidem*, p. 95.

O serviço médico era sempre assegurado por um facultativo novo pois, aparentemente, existia alguma repugnância entre os facultativos para tratar dos alienados. Assim, um dos médicos mais novos exercia nestas enfermarias o noviciado, aguardando uma vaga em serviços mais bem cotados do ponto de vista hierárquico. Embora destituídos de experiência clínica, foram responsáveis por muitos melhoramentos. Este facto justifica-se por uma maior provável solicitude destes médicos de forma a conseguir uma melhor colocação. Esses profissionais com menor experiência podiam mais facilmente intervir nestes serviços carentes de reformas *rasgadas e prontas*<sup>331</sup>.

Joaquim Bizarro assume a direção das unidades de internamento de alienados em 1835 quando a sua população se situava aproximadamente nos 200 doentes. No relatório estatístico que publica em 1837 dá conta das diversas dificuldades que tenta ultrapassar para atingir objetivos que traduzissem uma melhoria dos cuidados prestados aos doentes, constituindo paralelamente uma oportunidade para se debruçar sobre questões de Saúde Mental<sup>332</sup>.

Encontramos, deste modo, um espírito consciente do longo caminho que as ciências da mente tinham para percorrer. No entanto, o autor cedo se debate com graves entraves ao cumprimento dos seus intentos. A falta de informações sobre a história prévia dos doentes internados era muito significativa, inviabilizando deste modo a execução de um estudo científico válido que não se podia centrar exclusivamente nas características e comportamentos observáveis. Esta ausência de dados sobre os doentes denuncia a arbitrariedade com que os mesmos eram internados em São José, situação que será frequentemente criticada por sucessivos diretores<sup>333</sup>.

Também Sena faz referência às dificuldades que Bizarro encontra quando assume a direção das enfermarias de alienados do HSJ considerando que, se inicialmente este procurava alterar as condições de tratamento dos alienados, rapidamente se apercebeu de uma elevada dificuldade para tal pois faltavam-lhe dados sobre a admissão dos doentes e as enfermarias eram locais insalubres<sup>334</sup>.

---

<sup>331</sup> Idem, *ibidem*, pp. 95-96.

<sup>332</sup> Sobre os seus objetivos no desempenho das funções de diretor das enfermarias de alienados Bizarro diz-nos: *julguei que se me proporcionava huma optima ocasião de estudar as doenças mentaes (...) não só para minha instrucção particular, mas ainda com o fim de publicar os meus resultados, se julgasse que eles poderiam ser de algum interesse à sciência*, Joaquim Abranches Bizarro, “Estatística médica das enfermarias d’alienados de ambos os sexos no Hospital de São José de Lisboa nos dois annos desde 6 de Julho de 1835 a 5 de Julho de 1836 (1º anno), e desde 6 de Julho de 1836 a 5 de Julho de 1837 (2º anno)”, *Jornal da Sociedade de Ciências Médicas de Lisboa*, tomo V, Julho de 1838, p. 201.

<sup>333</sup> Idem, *ibidem*, p. 202.

<sup>334</sup> António Maria de Sena, *Op. cit.*, p. 96.

As deficitárias condições de internamento das enfermarias dificultavam a realização dos estudos pretendidos, acabando Bizarro por desistir dos seus objetivos iniciais, empenhando-se na elaboração de quadros estatísticos que traduziam o fluxo de doentes das enfermarias supracitadas<sup>335</sup>.

Os dados estatísticos recolhidos vão ser comparados com os existentes em estabelecimentos conceituados no acolhimento de doentes mentais na Europa do início do séc. XIX. São exemplo Charenton e Salpêtrière, modelos de referência para uma tentativa de elevar a qualidade dos serviços prestados em São José. No que diz respeito às taxas de curabilidade dos doentes, Bizarro contorna habilmente as prováveis baixas taxas alcançadas em Portugal fazendo antes referência à denominada *taxa de despedidos*, pelo que, inclui não só os doentes que deixavam as enfermarias como clinicamente curados, mas todos aqueles que, por pressão familiar ou por inadequação do espaço quando o doente se encontrava em fase de convalescença, abandonavam São José<sup>336</sup>. Deste modo, a taxa de despedidos, calculada em 37% não poderia constituir termo de comparação com a taxa de curabilidade de Salpêtrière (47,6%) e de Charenton (18,1%)<sup>337</sup>.

No que diz respeito à taxa de mortalidade, esta situava-se nos 25,9% em São José, ligeiramente superior quando comparada com Salpêtrière (25%) e bem longe dos 10,9 % registados em Charenton. Concordamos com Bizarro quando este justifica tais números com as deficientes condições de higiene das enfermarias assim como com o elevado número de doentes para um espaço de tão reduzidas dimensões<sup>338</sup>.

A separação dos doentes de acordo com a sua patologia mental era inexistente, assim como a divisão entre doentes e convalescentes. Assistia-se ao recurso frequente à reclusão nos quartos muito por força da inexistência, em especial no caso da enfermaria feminina, de um espaço ao ar livre onde os doentes pudessem circular livremente. Tal realidade em muito comprometia o sucesso das intervenções terapêuticas realizadas<sup>339</sup>.

A admissão dos doentes era bastante incompleta no que dizia respeito à história e

---

<sup>335</sup> Bizarro afirma que *não será muito possível encontrar hum local mais improprio para tratar alienados*, Joaquim Abranches Bizarro, *Op. cit.*, p. 202.

<sup>336</sup> A este respeito Bizarro considera que *sou eu mesmo, o que aconselho a sahida do doente; porque não tendo eu lugar para os separar os doentes dos convalescentes, e estando todos juntos, tenho visto frequentemente recahidas, que não teriam lugar se houvesse aquella providencia*, Idem, *ibidem*, p. 216.

<sup>337</sup> Idem, *ibidem*, pp. 214-217.

<sup>338</sup> A descrição das enfermarias feita por Bizarro é elucidativa: *As Enfermarias d'alienados são péssimas (...) extremamente pequenas relativamente ao número d'alienados (...) muito mal ventiladas, o que torna este lugar pouco próprio para nelle se viver.*, Idem, *ibidem*, p. 217.

<sup>339</sup> Nas palavras de Bizarro, *o que em prejuizo do doente, e do estabelecimento; do doente porque se não cura; do estabelecimento, porque he mais um, que já de lá não sahe senão para a sepultura.*, Idem, *ibidem*, p. 218.

evolução da doença, sendo que muitas vezes os alienados chegavam a São José já numa fase crónica da sua patologia, situação que o autor associa a uma imagética social geradora de fortes sentimentos de relutância, que o mesmo vai tentar desconstruir<sup>340</sup>.

A entrada dos alienados no HSJ foi alvo de regulamentação, inicialmente em Novembro de 1842, quando se ordena que os indivíduos miseráveis, com sintomas de alienação mental, de todo o Reino, sejam admitidos no dito hospital após a observação de um ou mais facultativos. Mais tarde, em Agosto de 1844, é-nos referido que uma nova portaria ordena que esses mesmos indivíduos, quando residentes no concelho de Lisboa, sejam imediatamente enviados para São José, não sendo necessário um exame prévio realizado por um facultativo, pois este realizar-se-ia já no interior da instituição hospitalar<sup>341</sup>.

Estas medidas teriam como principal objetivo regular a entrada de doentes nas enfermarias de alienados, cuja arbitrariedade foi criticada por Joaquim Bizarro. No entanto, não asseguraram uma eficiente colheita de dados sobre a evolução do fenómeno patológico do doente que tão importante seria no processo terapêutico do mesmo.

O tratamento moral e higiénico<sup>342</sup>, sendo o mais recomendado na patologia mental, não era passível de ser executado em tais condições físicas. Os meios utilizados passavam, como anteriormente referido, pela reclusão nos quartos, emissões sanguíneas gerais ou parciais<sup>343</sup>, sendo que as sanguessugas eram aplicadas preferencialmente no pescoço. A utilização de ventosas e da hidroterapia é igualmente referenciada. Todavia, tomando consciência da realidade estrutural das enfermarias, cremos que raramente se procedia ao uso de tais métodos.

A terapêutica que Bizarro preconizava, à base de emissões sanguíneas parciais, *digitalis* e banhos, é tida por Sena como *uma simples aplicação banal* pois nos seus estudos estatísticos não encontrou discussão sobre a especificidade de cada tratamento

---

<sup>340</sup> Bizarro defende a instituição que dirige afirmando que *onde julgão que elles são maltratados de pancadas, e se lhes falta com o necessario alimento, (...) ao menos que eu saiba, os doentes não são maltratados, (...) teem não só grandes dietas, mas dá-se-lhes mais, se o querem.*, Idem, *ibidem*, pp. 219-221.

<sup>341</sup> António Maria de Sena, *Op. cit.*, pp. 101-102.

<sup>342</sup> Pressupõe a melhoria das condições de higiene dos doentes, aliado ao uso da persuasão e argumentação, tendo como pano de fundo um clima de maior benevolência. Edward Shorter, *Da Era Do Manicómio à Idade Do Prozac*, Lisboa, Climepsi, 2001, p. 148.

<sup>343</sup> As sangrias constituíam um dos meios mais comuns de tratamento desde a Idade Média, tendo por base a teoria dos humores. Deste modo, sangrar o doente permitiria reestabelecer o seu equilíbrio. Este método podia ser realizado de forma parcial através de sanguessugas ou de ventosas. No último caso era infligida uma pequena ferida ao doente onde em seguida era aplicada um dispositivo de sucção, que permitia extrair algum sangue. Sérgio Luís de Carvalho, *Assistência e Medicina no Portugal Medieval*, Lisboa, Grupo de Trabalho do Ministério da Educação para as Comemorações dos Descobrimentos Portugueses, 1995, p. 104.

para determinada entidade nosológica<sup>344</sup>.

O desajustamento terapêutico leva Sena a questionar-se se o internamento dos alienados em São José era proveitoso. Concluiu que os benefícios que recebiam se deviam ao facto dos pacientes serem isolados dos seus, que frequentemente os maltratavam e fruto de uma melhor alimentação pois muitos deles eram pobres<sup>345</sup>.

Apesar das deficientes condições estruturais e higiénicas das enfermarias de alienados, Sena considera que os alienados eram *tratados com brandura e humanidade, vendo-se contudo nos mesmos que noutro tempo o não teriam sido*<sup>346</sup>.

O princípio de institucionalização destes alienados é questionado por Sobral Cid levando a crer que o mesmo não se devia propriamente à finalidade assistencial, e em última instância, curativa, mas sim com o intuito de resguardar a sociedade e as respetivas famílias *da presença sempre temida e dos contactos impressionantes dos loucos furiosos*<sup>347</sup>.

Embora as condições das enfermarias do HSJ fossem pouco abonatórias o autor considera que tal passo correspondeu à elevação do alienado à categoria de doente, *embora de uma qualidade inferior, como tal relegado para as enfermarias menos desejáveis dos Hospitais*<sup>348</sup>.

A possibilidade de cura destes doentes não era muito valorizada pelos clínicos, sendo pouco visados em estudos científicos nacionais. No entanto, o Dr. Bizarro intentava em métodos de tratamento convencionais como a aplicação de *sanguessugas em torno das jugulares, à roda do anûs ou ao longo da coluna vertebral, socorrendo-se das ventosas, vesictórios, purgantes e bebidas ácidas e também dos banhos, das emulsões antiespasmódicas e da digitalis*<sup>349</sup>.

Joaquim Bizarro, no desempenho das suas funções e em harmonia com o progresso da ciência no campo das patologias da mente que se fazia sentir um pouco por toda a Europa, reflete sobre a necessidade do estabelecimento de um hospital para

---

<sup>344</sup> António Maria de Sena, *Op. cit.*, p. 99.

<sup>345</sup> Nas palavras de Sena *cremos firmemente que o alienado piorava de condições, tirando-o de vaguear pelas ruas para tais enfermarias, onde o definhamento orgânico, produzido pelas más condições higiénicas, devia ser frequentemente agravado pelas depleções sanguíneas e outras debilitantes da época.* Idem, *ibidem*, p. 99.

<sup>346</sup> Sena chega inclusive a referir que *fora em todo o caso mister saber quais eram os meios de repressão de que se lançava mão para contê-los. Não achei nisso documento algum.* Idem, *ibidem*, p. 98.

<sup>347</sup> José de Matos Sobral Cid, “O professor Miguel Bombarda: a sua carreira e a sua obra de alienista”, in *Obras de José de Matos Sobral Cid*, II Vol., Lisboa, Fundação Calouste Gulbenkian, 1984, p. 6, 1ª Edição em Dezembro de 1927.

<sup>348</sup> Idem, *ibidem*, p. 7.

<sup>349</sup> Idem, *ibidem*, pp. 7-8.

alienados e nos moldes em que tal deveria ser feito.

A opção pela construção de raiz de um novo edifício é considerada a ideal, pois permitiria melhores resultados terapêuticos. Por outro lado, quando considera como hipótese o ajustamento de uma qualquer construção para estas novas funções, nota que as obras de adaptação para que tal seja viável seriam muito elevadas e não seria possível alcançar a excelência terapêutica<sup>350</sup>.

As suas preocupações vão centrar-se no plano económico, quer ao nível da obtenção de fundos para a construção (ou adaptação) do estabelecimento, quer para a manutenção do mesmo. Argumentando que o Tesouro Público não se encontrava capacitado para custear o projeto, vai solicitar a generosidade dos portugueses, considerando que os Municípios deveriam ser chamadas a contribuir<sup>351</sup>.

Também Sena considera importante o papel de Bizarro quando este reflete, em 1837, sobre a necessidade de construção de raiz de um hospital de alienados, alicerçado nos preceitos da ciência contemporânea. Considera ainda que os médicos deviam visitar outros estabelecimentos da Europa, procurando soluções para custear o novo edifício e para a manutenção económica do hospital<sup>352</sup>.

Este apelo parece produzir efeitos poucos anos mais tarde quando António Sampaio, português radicado em Londres, deixa em testamento uma importante soma que colocou ao serviço dos alienados. Seu filho, Osborne de Sampaio, aumenta esse legado perfazendo 20 contos, que foi colocado à disposição da Comissão Administrativa da Santa Casa da Misericórdia e do Hospital de São José<sup>353</sup>.

Bizarro, procurando a sustentabilidade da instituição, cujo encargo anual calcula em 2 3000\$000 reis, considera que o Hospital de São José deveria contribuir com 1 000\$000 reis (quantia inferior à despendida com as enfermarias de alienados), sendo o restante valor proveniente das Juntas Gerais de Distrito, justificando esta última opção pelo facto de o estabelecimento acolher alienados provenientes de todo o Reino. Em alternativa defende a criação de um imposto sobre a carne, por um período de 20 anos, que se traduziria numa receita anual média de 3 0000\$000 reis, o que permitiria ao

---

<sup>350</sup> Joaquim Abranches Bizarro, "Considerações sobre o melhor modo de se poder estabelecer hum Hospicio de Alienados", in *Jornal da Sociedade de Ciências Médicas de Lisboa*, Tomo V, Julho de 1837, p. 257.

<sup>351</sup> Referindo-se à generosidade do povo português, Bizarro é de opinião que *os Portugueses não têm corações de bronze e os gemidos da humanidade afflicta facilmente os comovem*. Idem, *ibidem*, pp. 258-259.

<sup>352</sup> António Maria de Sena, *Op. cit.*, pp. 96-97.

<sup>353</sup> O autor diz-nos que *Creio ser o primeiro sinal do interesse que à sociedade Portuguesa começavam a merecer aqueles infelizes*. Idem, *ibidem*, p. 100.



hospital criar um fundo para custear futuras obras no edifício<sup>354</sup>.

A preocupação com a formação médica encontra-se patente nos seus pensamentos propondo que um facultativo se desloque aos melhores estabelecimentos da Europa com o intuito de verificar e aprender as melhores técnicas de tratamento para as aplicar posteriormente no novo estabelecimento<sup>355</sup>.

Calcula em cerca de 300 os alienados que o edifício deveria albergar (170 homens e 130 mulheres). Acredita, que podendo a sociedade observar o adequado tratamento oferecido na nova instituição, mais famílias optariam por internar os seus alienados, de todas as partes de Portugal. Este facto, conjugado com uma perspetiva do aumento do tempo de internamento (fruto de uma expectável diminuição das taxas de mortalidade), torna previsível um aumento do número de alienados<sup>356</sup>.

A necessidade de manutenção de boas práticas terapêuticas leva ainda o diretor das enfermarias de alienados a propor a criação de uma comissão de inspeção, que deveria apresentar um relatório mensal sobre o funcionamento do hospital<sup>357</sup>.

No terceiro ano da sua administração, Bizarro vai limitar-se a publicar um estudo estatístico dos doentes internados nas enfermarias de alienados bem como do movimento dos mesmos, escusando-se a fazer considerações sobre as condições nas enfermarias de São Teotónio e de Santa Eufémia, o que nos leva a crer que a situação pouco ou nada se havia alterado<sup>358</sup>.

Em Abril de 1841 era já António Maria Ribeiro que chefiava as enfermarias de alienados de São José e a consciência política empreende um processo de mudança consubstanciado pelo Decreto de Lei de 23 de Julho de 1842 que contemplava a criação de um hospital de alienados no distrito de Lisboa no antigo edifício da luz, cujas obras seriam pagas com o legado de António Sampaio, que ficaria sobre a alçada do HSJ<sup>359</sup>.

O Conde de Tomar mostra ter conhecimento da situação dos alienados em São José<sup>360</sup>, no entanto, apesar do reconhecimento por parte do governo da necessidade de

---

<sup>354</sup> Joaquim Abranches Bizarro, "Considerações sobre o melhor modo de se poder estabelecer hum Hospicio de Alienados", *Op. cit.*, pp. 261-265.

<sup>355</sup> Idem, *ibidem*, p. 259.

<sup>356</sup> Idem, *ibidem*, pp. 260-261.

<sup>357</sup> Idem, *ibidem*, p. 259.

<sup>358</sup> Joaquim Abranches Bizarro, "Estatística médica das enfermarias d'alienados de ambos os sexos no Hospital de São José de Lisboa nos dois annos desde 6 de Julho de 1835 a 5 de Julho de 1836 (1º anno), e desde 6 de Julho de 1836 a 5 de Julho de 1837 (2º anno)", *Op. cit.*, pp. 5-19.

<sup>359</sup> António Maria Sena, *Op. cit.*, pp. 100-101.

<sup>360</sup> Sena refere que o Conde de Tomar considerava que as enfermarias de São José *não satisfazem de modo algum aos piedosos fins da sua instituição, pois que a má situação das casas em que se acham colocados, a sua estreiteza e a sua insalubridade, e a falta de terreno adequado aos remédios de trabalho os tornam*

alterações no trato dos alienados, bem como da existência de um fundo financeiro para tal, as obras continuavam por fazer e a 18 de Novembro de 1842 um novo decreto da autoria de Costa Cabral assume que algumas pessoas internadas nas enfermarias de São José não eram alienados aludindo também às más condições de assistência aí existentes<sup>361</sup>. Assim, Cabral ordena que, antes de serem enviados para o HSJ, os indivíduos deviam ser inspecionados no sentido de se verificar neles a alienação mental. Caso esta fosse reconhecida e o alienado fosse pobre, sem família, sem bens e sem possibilidade de pagar os seus curativos, os médicos deveriam passar uma certidão a atestar a doença do alienado, que serviria de guia para a entrada no hospital. Caso não fosse detetada doença mental, ou os doentes tivessem possibilidade de pagar os seus tratamentos, o médico não passaria qualquer atestado, exceto quando, na existência de doença, assumissem as despesas do tratamento<sup>362</sup>.

O Dr. Ribeiro, em ofício de 30 de Janeiro de 1843 queixa-se ao HSJ da necessidade de alterações na enfermaria de Santa Eufémia devido à sobrelotação do espaço e perspectiva de um aumento ainda maior de alienados, não compreendendo o motivo pelo qual o decreto de 23 de Julho de 1842 não havia ainda sido colocado em prática<sup>363</sup>.

Empreende referências às moléstias contagiosas como a erupção psoriática que afligiam quase todos os doentes e inclusive a enfermeira e ajudantes. Como não dispunha

---

*absolutamente impróprios para o curativo da alienação mental, servindo antes de tormento que de alívio às infelizes vítimas daquela terrível enfermidade. Idem, ibidem, p. 101.*

<sup>361</sup> Segundo Sena, o Conde de Tomar considerava que os alienados *se acham expostos ou a cair doentes por viverem numa casa, onde sempre se respira ar infecto pela grande quantidade de enfermos ali reunidos, ou a morrer à mingua por falta de meios de se transportarem às terras da sua naturalidade. Idem, ibidem, p. 101.*

<sup>362</sup> Sena julga também que poderiam existir abusos provenientes de diversos quadrantes, que deveriam ser colmatados com estas providências. Nas suas palavras *E as providências para remediar estes contínuos ataques à liberdade das pessoas, que, quem sabe, seriam porventura vítimas das miseráveis questões de política local, sobretudo nessa época de prepotência e abusos, Idem, ibidem, pp. 100-101.*

<sup>363</sup> Para justificar a sua posição caracteriza Santa Eufémia como *a contínua e irremediável infecção atmosférica produzida por uma latrina central inmovível, e pelas eplúvias hidrogénicas da imensidade de vasos conservados das enfermas; a fraca e rara renovação do ar atmosférico pela falta de janelas e correspondentes; o apinhamento irremediável de muitos indivíduos num pequeno quarto, e esse pela maior parte sem janela e por isso sem luz e sem corrente de ar, tudo isto tem feito que o desenvolvimento das moléstias neste referido local tenha sido não só mais frequente e mais rápido nestes últimos dias, nos que apresentam quase todos caracter tifóide que se irá agravar com a chegada do inverno e dizimara a sua população entregue a uma morte inexorável por se não haver ... a tempo o seu foco primitivo. Idem, ibidem, p. 103.*

de tratamento metódico, as erupções acabavam por evoluir para úlceras e posteriormente à morte<sup>364</sup>.

A 31 de Julho de 1845, António Maria Ribeiro envia novo ofício à administração queixando-se da sobrelotação do espaço (em vez de 80 alienados encontravam-se 160), apontando como graves a falta de quartos de reclusão onde pudessem ser colocadas as furiosas. Assim, estas conviviam diariamente com as tranquilas o que, em vez de as ajudar no processo de cura, preconizava recaídas e anulava qualquer esperança de restabelecimento cabal das mesmas. Aborda os graves conflitos que eram protagonizados entre os doentes que frequentemente resultavam em graves danos e que *de dia e de noite trazem de contínuo as pessoas de serviço num incessante sobressalto e estremecimento*<sup>365</sup>.

A problemática das doenças infectocontagiosas leva o diretor a reforçar a ideia que esta população, que não se pautava por condições de sossego, era passível da produção de uma epidemia contagiosa, dadas as condições insalubres das enfermarias<sup>366</sup>.

Um ano depois, o Dr. Ribeiro já não chefiava estas enfermarias e Sena avança com a hipótese de tal se dever ao incómodo que o facultativo representava para a administração, que terá sido responsável pela sua transferência de serviço e pela sua exoneração como rebelde<sup>367</sup>.

Sucede-lhe Caetano da Silva Beirão que a 5 de Março de 1846 se dirige ao presidente da administração dando conta da transferência da enfermaria de São Joaquim anexa à de Santa Eufémia, dos alienados aí internados o que veio permitir o desenvolvimento da epidemia de sarna por outras enfermarias na medida em que na enfermaria de São Joaquim haviam sido colocados alienados portadores desta patologia<sup>368</sup>.

Mais tarde, a 27 de Março, insurge-se contra os quartos de palha que são poucos e acanhados e nos quais os alienados lutavam entre si por vezes com graves consequências. A estas queixas, as administrações respondiam com pequenas medidas ineficazes e o Governo permanecia imóvel<sup>369</sup>.

---

<sup>364</sup> Sena, perante os relatos de António Maria Ribeiro diz-nos que *por mais que torture a minha ideia não posso deparar com um obstáculo tão monstruoso, que tenha a força de aniquilar a prontidão de uma medida sanitária de tanta transcendência*. Idem, *ibidem*, p. 104.

<sup>365</sup> Idem, *ibidem*, p. 105.

<sup>366</sup> Idem, *ibidem*, p. 105.

<sup>367</sup> Idem, *ibidem*, p. 105.

<sup>368</sup> Idem, *ibidem*, p. 106.

<sup>369</sup> Idem, *ibidem*, p. 106.

Os anos passaram e a situação dos alienados pouco ou nada se alterou. Caetano Beirão vai, no *Jornal de Ciências Médicas de Lisboa*, fazer um amplo apelo a toda a sociedade e ao Governo, descrevendo a situação dos doentes, procurando quebrar a inércia existente<sup>370</sup>.

A separação entre sexos, que Bizarro já descrevia, mantinha-se. No entanto, o aumento da população feminina é perceptível através da criação de mais duas enfermarias para as acolher: São Domingos e São Joaquim. Já os indivíduos do sexo masculino eram mantidos na enfermaria de São Teotónio que havia sido a antiga adega dos Jesuítas quando estes ocupavam o convento que acolheu esta unidade hospitalar<sup>371</sup>.

As condições da enfermaria de Santa Eufémia mantinham-se pouco salubres e dificilmente adequadas a qualquer processo terapêutico, por mais rudimentar que este fosse<sup>372</sup>.

A enfermaria de São Domingos, onde se encontravam 65 camas para doentes tranquilas, apresentava melhores condições higiénicas sendo inclusive plausível empreender atividades ergoterápicas como a costura. Já enfermaria de São Joaquim, com 21 camas, era mal ventilada e permitia um ténue isolamento dos alienados com patologias infecciosas, como a sarna<sup>373</sup>.

A enfermaria de São Teotónio, masculina, muito se assemelhava com Santa Eufémia, sendo a sua deficiente ventilação e excesso de humidade uma característica que se manteve desde a década anterior. Apenas o pátio se mantinha como um elemento diferenciador, comparando com Santa Eufémia, onde os doentes podiam deambular durante o dia<sup>374</sup>.

O vestuário dos enfermos era fornecido pelo hospital e mudado, pelo menos, uma vez por semana. No caso das mulheres é ainda importante acrescentar que a sua roupa era igual em qualquer das estações, o que era manifestamente desadequado<sup>375</sup>.

---

<sup>370</sup> Caetano Beirão refere-se à situação dos alienados nos seguintes termos: *Jazem esquecidos da sociedade a que pertencem, na mais desgraçada situação possível.*, Caetano da Silva Beirão, “Apontamentos para a história dos alienados em Portugal”, in *Jornal da Sociedade de Ciências Médicas de Lisboa*, Tomo I, Julho de 1847, p. 29.

<sup>371</sup> Idem, *ibidem*, p. 29.

<sup>372</sup> Caetano Beirão descreve assim as instalações de Santa Eufémia: *Os quartos que ficam para o Norte são escuros e destinados a conter os agitados; estando apenas em palha solta as imundas, (...) huma posição mais propria para enlouquecer os sãos do que curar os alienados! (...) Em geral a enfermaria he pouco iluminada e mal ventilada, o que junto aos outros defeitos a torna uma habitação horrorosa*, Idem, *ibidem*, p. 31.

<sup>373</sup> Idem, *ibidem*, pp. 32-33.

<sup>374</sup> Idem, *ibidem*, p. 34.

<sup>375</sup> Idem, *ibidem*, p. 34.

A escolha do diretor das enfermarias de alienados parece continuar a ser condicionada pela pouca experiência dos médicos<sup>376</sup>.

A deficiente colheita de dados aquando do internamento dos doentes mantém-se. A falta de informação sobre a evolução da doença e fatores que a possam ter desencadeado é incontornável, o que limitava em muito as opções terapêuticas a tomar, situação esta que já havia sido levantada por Bizarro dez anos antes<sup>377</sup>.

No plano estatístico, Beirão introduz um novo dado: a duração média do internamento, que é calculada em 10 a 15 anos. Este número só não é mais expressivo fruto das deficientes condições de higiene que estão na base de muitas patologias e não raras vezes conduziam à morte dos doentes<sup>378</sup>.

Numa época em que as causas da alienação eram muitas vezes tidas como resultado de alterações orgânicas nos indivíduos, a investigação científica centrava-se frequentemente na realização de autópsias aos alienados. Em São José tal fenómeno aparece descrito em 1848 e os resultados obtidos encontravam-se em harmonia com os verificados noutras instituições europeias sendo a atrofia do encéfalo o dado mais frequentemente encontrado<sup>379</sup>.

É mantida uma forte inquietação com os meios de repressão usados. A sua utilização parece ser frequente a atestar pela preocupação de Caetano Beirão em justificar a prática com o número reduzido de recursos humanos existentes. No entanto, refere que os meios utilizados se limitam ao uso de camisa-de-forças e ao encarceramento nos quartos das palhas<sup>380</sup>.

A sociedade permanecia cética quanto aos tratamentos oferecidos pelo hospital pois apenas uma pequena parte dos doentes eram pensionistas<sup>381</sup>, sendo possível deduzir que as famílias economicamente mais favorecidas procuravam outras formas de

---

<sup>376</sup> Caetano Beirão insurge-se contra esta situação referindo que *o Medico que tem de tratar dos alienados deve sobre tudo ser affavel, pacifico, nada irascivel, dotado de bom coração, de boa e agradavel presença, de maneiras polidas, erudito, e não só versado nos conhecimentos medicos especiaes mas até n'aquelles que se recomendão ao homem da sociedade, e que captivão a attenção, como a geographia, a botanica, &C.* Idem, *ibidem*, p. 40.

<sup>377</sup> A este respeito Beirão diz-nos que *chegam a vir alienados para o Hospital, cujo mesmo nome se ignora! Existindo papeletes nésta Enfermaria, nos quaes adiante da epigraphe = Nome = se lê = não se sabe =.*, Idem, *ibidem*, p. 41.

<sup>378</sup> Idem, *ibidem*, pp. 43-44.

<sup>379</sup> Idem, *ibidem*, pp. 45-46.

<sup>380</sup> No que concerne a esta questão, Caetano Beirão reflete nos seguintes termos: *como se hão-de, não digo já, proscrever todos os meios contentivos e repressivos, mas ao menos atenua-los fortemente n'hum estabelecimento onde existem dez empregados para trezentos e tantos alienados!* Caetano da Silva Beirão, Idem, *ibidem*, p. 49.

<sup>381</sup> Os alienados encontravam-se divididos em pensionistas e indigentes, sendo que os primeiros pagavam uma mensalidade pelos cuidados prestados, variável de acordo com a classe a que pertenciam (1ª, 2ª, 3ª ou 4ª).

tratamento para os seus loucos, enquanto os pobres e indigentes eram internados em São José<sup>382</sup>.

As referências aos meios de tratamento utilizados pouco se alteraram. A importância e as vantagens da livre circulação no exterior dos alienados é evidenciada, no entanto, a manutenção das deficientes condições físicas e arquitetónicas do espaço inviabilizavam a sua aplicação<sup>383</sup>.

A maioria dos doentes permanecia desocupado ao longo do dia, durante todo o internamento, o que contribuía para uma progressiva perda de faculdades mentais. Apenas um pequeno número de alienados mais tranquilos auxiliava na cozinha e, pontualmente, alguns exerciam funções de pedreiro. As mulheres ocupavam-se por vezes a costurar e na limpeza doméstica<sup>384</sup>.

O uso de sanguessugas e ventosas escarificadas permanecia indicado nos doentes agitados embora os seus resultados não se possam adjectivar por homogéneos. A hidroterapia parece ser utilizada residualmente apesar dos benefícios que a comunidade científica atribuía à mesma<sup>385</sup>.

O legado de António e de Osborne de Sampaio em vai potenciar a criação de um novo hospital para acolher os alienados e logo em 1842 é cedido o edifício da luz com o intuito de ser adaptado a hospital de alienados. António Maria Ribeiro e Bernardino Gomes são encarregues de estudar essa mesma adaptação embora outros médicos tenham sido ouvidos, como Martins Pulido, Guilherme Abranches e Ferreira da Silva. São entretanto propostos outros edifícios como o da cruz do taboado e a bemposta<sup>386</sup>.

O projeto da autoria de Bernardino Gomes era muito dispendioso e todos os projetos acabaram por cair no abandono, atitude esta muito criticada por Sena<sup>387</sup>.

---

<sup>382</sup> Caetano da Silva Beirão, *Op. cit.*, p. 49.

<sup>383</sup> Idem, *ibidem*, pp. 50-51.

<sup>384</sup> O autor elucida-nos com os seguintes exemplos: *não ha hum só livro néstas enfermarias, não ha casa propria para a leitura, (...) não ha jardinagem, não ha bilhar, não ha cousa alguma em que passem o tempo, e corrião o seu espírito pela acção corporal.* Idem, *ibidem*, pp. 52-53.

<sup>385</sup> Beirão considera que *a hydrosudopathia deve ser optimo tratamento para a mania: os bellos resultados que tem obtido no tratamento de diversas nevroses, authorisão-nos a pensar d'este modo. Hum hospital d'alienados curaveis sem muita agua he hum epigramma para a Sciencia, e um escarneio para a humanidade enferma.* Idem, *ibidem*, p. 56.

<sup>386</sup> Almeida Amaral, “Discurso do Dr. Almeida Amaral, Director do Hospital”, in *Centenário do Hospital Miguel Bombarda antigo Hospital de Rilhafoles*, [s.l.], Edição do Hospital Miguel Bombarda, 1948, pp. 43-45.

<sup>387</sup> Nas suas palavras de AMS *funcionavam numa dada secção de serviço duas entidades: uma ignorante e que dispõe de poder; outra técnica, instruída, mas cuja alçada vai só até ensinar com humildade e reverência sua senhoria o poder ignorante! Já se vê que a entidade ignorante não se reputa tal, e, bem ao contrário, constitui-se como tribunal que julga, em lugar de aceitar sem réplica, a opinião do seu adjunto.* António Maria de Sena, *Op. cit.*, p. 107.

Face à recusa do projeto anterior, é nomeado o Dr. António Ribeiro que apresentou um novo projeto, mais económico, e que se encontrava em divergência com o anterior. Faz inclusivamente publicar, em 1843, um folheto onde são sumariamente expostos os dois projetos, não se fazendo acompanhar das plantas do edifício e sem a autorização de Bernardino Gomes, não incluindo também as suas revisões<sup>388</sup>.

António Maria Ribeiro vai considerar que a melhor opção seria construir um edifício de raiz para acolher os alienados<sup>389</sup>. No entanto, cumpre a sua missão sugerindo algumas alterações no edifício (que ilustra através de 2 plantas), que considera bem localizado ainda que pequeno para acolher toda a população de loucos<sup>390</sup>.

Propõe a separação dos doentes de acordo com o sexo e patologia, quer no espaço interior como exterior. Aborda a questão do mobiliário indispensável a cada secção, sendo que as habitações dos tranquilos limpos se deveriam assemelhar aos seus domicílios em oposição aos tranquilos incuráveis cujo mobiliário deveria ser mínimo. Já os imundos requeriam mobiliário mais adequado à sua condição, nomeadamente berços<sup>391</sup> que seriam mais adaptados ao asseio e mais cómodo ao alienado e à economia da fazenda<sup>392</sup>.

As vantagens terapêuticas do trabalho continuavam a poder desenvolver um papel importante no processo terapêutico do doente. Deste modo, o autor sugere a criação de uma horta junto ao edifício bem como de oficinas de alfaiate e sapateiro onde os tranquilos limpos poderiam usufruir deste poderoso meio de restabelecimento<sup>393</sup>.

A discussão na comunidade científica sobre a melhor forma de adaptação do edifício do Colégio da Luz para acolher os loucos adensa-se em Dezembro de 1845. A Rainha D. Maria II ordena então que a Comissão Administrativa da Santa Casa da

---

<sup>388</sup> Idem, *ibidem*, p. 107.

<sup>389</sup> Nas suas palavras António Ribeiro refere ser: *fiel pois aos princípios adoptados em as novas construções destes estabelecimentos, eu faria erigir na área proposta construções á Esquirol, isto é, massas quadradas, edificadas ao res do chão, de diferentes tamanhos, imitando a forma de um pavilhão, e separadas entre si por meio de prados; possuindo cada uma em seu centro um pateo também quadrangular cujos dois lados paralelos tivessem os aposentos com portas para a galeria.* António Maria Ribeiro, *Peças relativas à organização do edifício da Luz para um hospital d'alienados d'ambos os sexos*, Lisboa, Imprensa Nacional, 1843, p. 3.

<sup>390</sup> António Maria Ribeiro declara que *é pois, o edifício da Luz, por sua localidade, por sua exposição, por sua elegância, por seus próprios terrenos, e finalmente por sua abundância de água, digno de ser posto em numero daqueles, que Mr. Esquirol manda apropriar ao curativo especial da alienação mental. Resta porém examinar se as suas construções actuais se prestam a receber um numero de alienados não só igual, mas muito maior do que o seu termo médio no Hospital de São José; e por tal modo, que esses doentes fiquem alojados com aquela comodidade, e isolamento tão recomendadas pelos melhores authores nesta sorte de estabelecimentos*, Idem, *ibidem*, pp. 4-5.

<sup>391</sup> Bombarda faz uma descrição pormenorizada dos denominados berços. Veja-se Miguel Bombarda, *O Hospital de Rilhafoles e os seus serviços em 1892-1893*, Lisboa, Imprensa Nacional, 1894, p.17, assim como António Maria de Sena, *Op. cit.*, pp. 152-155.

<sup>392</sup> António Maria Ribeiro, *Op. cit.*, pp. 5-8.

<sup>393</sup> Idem, *ibidem*, p. 9.

Misericórdia de Lisboa e Hospital de São José procedam às obras necessárias para que a instalação dos alienados no colégio anteriormente referido fosse possível, o que nunca viria a acontecer<sup>394</sup>.

As constantes reclamações dos médicos originaram a redação de uma portaria a 7 de Outubro que solicita uma inspeção médica às enfermarias de S. José. O relatório que daí resultou foi entregue ao Duque de Saldanha que, perante a miserável descrição, decidiu visitar ele próprio estas enfermarias. Este refere que *pude convencer-me por meus próprios olhos de quanto era urgente acudir aos infelizes alienados ali existentes, e reduzidos a uma condição tão miserável que faltam expressões para descrevê-la*<sup>395</sup>.

Após a sua visita ao HSJ, a situação é desbloqueada. O Ministro ficou de tal forma impressionado que apresenta à Rainha um Decreto em que pretendia instalar o hospital de alienados no Convento de Rilhafoles, onde se encontrava à data o Real Colégio Militar<sup>396</sup>.

Perante as oposições encontradas na transferência do Colégio Militar, o Duque de Saldanha é perentório: *Minha Senhora, a mudança há-de verificar-se ou eu sairei do Ministério*<sup>397</sup>.

Por Decreto-Lei de 15 de Novembro de 1848, D. Maria II faz nomear uma comissão que teria como objetivo estudar o melhor modo de adaptar o antigo Convento de Rilhafoles para receber os doentes alienados. O relatório produzido estaria concluído no final de Fevereiro de 1849.

Assim, a 13 de Dezembro de 1848 são transferidos os primeiros alienados vindos do HSJ, processo que só estaria terminado em 9 de Janeiro de 1850 quando foram transferidos os últimos doentes do hospital lisbonense.

Perante as deploráveis condições que os alienados encontravam no HSJ, Bernardino António Gomes conseguiu criar uma enfermaria para alienados em 1841 no Hospital da

---

<sup>394</sup> António Maria de Sena, *Op. cit.*, pp. 110-111.

<sup>395</sup> Idem, *ibidem*, p. 111.

<sup>396</sup> As palavras do Duque de Saldanha terão sido perentórias: *Logo que em 1848 entrei para o Ministério do Reino fui inspeccionar o Hospital de S. José e não é possível achar termos adequados que possam exprimir o horror que me causou o estado em que encontrei os alienados. O horror que me causa ainda hoje é tão forte como no momento em que vi aqueles desgraçados. As prisões de feras em todos os pátios de bichos que tenho visto são habitações magníficas comparadas com os cárceres em que penavam os infelizes alienados. O grande obstáculo até então invencível tinha sido a falta de local próprio. Escolhi Rilhafoles. Porém estava ali o Colégio Militar e quem não conhece a oposição que encontrou a sua renovação para Mafra?* Almeida Amaral, *Op. cit.*, pp. 44-45.

<sup>397</sup> Idem, *ibidem*, p. 45.



Marinha. Julgava esta solução temporária, que seria útil enquanto não se dispusesse de instituições exclusivamente vocacionadas para estes doentes<sup>398</sup>.

Considera como características negativas o facto de estes doentes se encontrarem num hospital capacitado para outro tipo de moléstias bem como o reduzido espaço disponível que poucos doentes poderia acolher, impedindo assim uma classificação sistemática dos casos de loucura<sup>399</sup>.

A enfermaria dispunha de seis quartos que abriam todos numa galeria em comum, onde os doentes deambulavam e se alimentavam. Nem todos dispunham da melhor iluminação natural, mas foi feito um esforço no sentido de promover uma ventilação adequada através de aberturas na parte superior e inferior das portas<sup>400</sup>.

Uma das características que Bernardino António Gomes mais enaltece é a privilegiada vista sobre o Tejo, pese embora um muro alto retirasse algum do seu fulgor, propondo a sua substituição por uma grade de ferro. A latrina estava situada fora da enfermaria e dispunha de um bom serviço de banhos. As camas eram de ferro e afixadas ao chão bem como os bancos que se encontravam no corredor. Em cada porta havia uma abertura que permitia aos técnicos observar os doentes no seu interior<sup>401</sup>.

No que aos recursos humanos dizia respeito, Bernardino António Gomes refere que contratara um bom enfermeiro, que nunca havia trabalhado como tal, mas que possuía as características solicitadas, nomeadamente educação<sup>402</sup>.

Os meios de repressão encontravam-se quase todos abolidos exceto a camisola e a reclusão temporária nos quartos, sendo apanágio o uso dos meios de brandura<sup>403</sup>.

A assistência aos alienados em Portugal antes de 1848 não se pautava assim por uma adesão das autoridades nacionais aos novos preceitos científicos que despoletavam na Europa na medida em que as condições que lhes eram oferecidas se mostravam muito pouco satisfatórias.

### 1.3.2 – Rilhafóles, o primeiro hospital de alienados português

A comissão criada para estudar a adaptação do Convento de Rilhafóles a hospital

<sup>398</sup> Bernardino António Gomes, *Op. cit.*, p. 106.

<sup>399</sup> Idem, *ibidem*, p. 107.

<sup>400</sup> Idem, *ibidem*, p. 107.

<sup>401</sup> Idem, *ibidem*, pp. 107-108.

<sup>402</sup> Idem, *ibidem*, p. 106.

<sup>403</sup> Idem, *ibidem*, p. 106.

de alienados vai considerar que a localização do convento é bastante adequada. Situado num local mais elevado, permitia, por um lado, uma ventilação mais eficiente dos espaços e por outro, uma visão panorâmica sobre a cidade, circunstância que se acreditava ser benéfica para o tratamento dos alienados. Também o facto de se localizar na cidade de Lisboa mas longe das ruas mais movimentadas é tido como positivo<sup>404</sup>.

Mais uma vez encontramos presentes preocupações no âmbito do tratamento dos doentes através de atividades ergoterápicas. No Convento de Rilhafoles, a grande quinta que o rodeava, com zonas ajardinadas e agrícolas, possibilitava melhores condições de tratamento que Joaquim Bizarro já aconselhava anos antes<sup>405</sup>.

Não obstante, são consideradas várias realidades arquitetónicas que não favoreciam os planos terapêuticos a instituir, às quais se seguem propostas de resolução das mesmas. Um dos maiores inconvenientes de Rilhafoles prendia-se com a impossibilidade de separação total de doentes segundo o seu sexo pois teriam obrigatoriamente que circular simultaneamente em determinados espaços do hospital, o que não acontecia nas enfermarias de alienados de São José. Também o facto de o edifício ser constituído por vários pisos era gerador de uma série de inconvenientes de ordem logística, originando a necessidade de um maior número de recursos humanos para uma vigilância mais efetiva dos doentes. A forma mais eficaz de eliminar ou, pelo menos, atenuar estas realidades problemáticas, passaria pela construção de novos edifícios nos terrenos adjacentes. Como o Tesouro não permitia tal despesa, em alternativa, a comissão propõe a construção de alguns lances de escadas que reduziriam estas dificuldades<sup>406</sup>.

A falta de água em todos os pavimentos do edifício resultava numa situação preocupante cuja resolução passaria pela construção de vários depósitos de água no interior e exterior do hospital que seriam abastecidos pelo aqueduto das águas livres recorrendo ao uso de bombas elevatórias. Esta solução permitiria também dotar Rilhafoles de meios mais eficazes para o combate a incêndios, fenómeno que, a acontecer, seria, sem dúvida, catastrófico<sup>407</sup>.

A inexistência de uma ligação direta à rede de esgotos da cidade em nada contribuía para a tão almejada melhoria das condições de higiene. A abertura de um cano geral a ligar o antigo convento a Santa Marta beneficiava do declive do terreno que criava

---

<sup>404</sup> Caetano da Silva Beirão, “2º relatório acerca do modo de adaptar o edificio de Rilhafoles para hospital de alienados”, in *Jornal da Sociedade de Ciências Médicas de Lisboa*, Tomo III, Fevereiro de 1849, p. 317.

<sup>405</sup> Idem, *ibidem*, p. 319.

<sup>406</sup> Idem, *ibidem*, pp. 320-321.

<sup>407</sup> Idem, *ibidem*, p. 321.

condições para que os esgotos fossem escoados de forma mais fácil e veloz<sup>408</sup>.

Paralelamente a estes problemas de cariz marcadamente estrutural, a comissão aconselha a colocação de grades em todas as janelas, construção de duas casas de banho e uma lavandaria que trariam resultados práticos na melhoria do tratamento dos alienados e no funcionamento quotidiano da instituição<sup>409</sup>.

Para além das adaptações funcionais necessárias, é proposta uma determinada distribuição no espaço das enfermarias e serviços auxiliares de apoio, dotando o antigo convento de cerca de 300 camas para alienados de ambos os sexos. Sendo previsível um aumento do número de doentes, e que propõe construir uma nova enfermaria no último andar do edifício bem como colocar mais camas em determinadas enfermarias, podendo deste modo serem acolhidos cerca de 455 enfermos. No entanto, a melhor alternativa considerada continuava a ser a construção de novos edifícios segundo os preceitos da ciência, à semelhança do que acontecia um pouco por toda a Europa dita civilizada<sup>410</sup>.

Esta mesma comissão vai tecer uma série de considerações sobre o regulamento a seguir no novo hospital de alienados que só viria a ser publicado em Abril de 1851. Verificamos assim que, desde a entrada dos primeiros doentes em Rilhafoles até à publicação do regulamento geral, passariam mais de dois anos. Contudo, muitas das disposições propostas vão imediatamente ser seguidas pelas primeiras administrações do novo hospital de alienados.

Caetano Beirão vai refletir sobre vários aspetos acerca do modelo administrativo a adotar no novo estabelecimento. Para tal, os benefícios e desvantagens das duas opções (autonomia ou anexação ao HSJ) são bem dissecadas. Deste modo, tem-se em conta que é vantajosa a existência de vários estabelecimentos independentes no sentido em que a *rivalidade de zelo* entre ambos poderia traduzir-se em *maior proveito para os utentes*. Por outro lado, o facto de uma mesma instituição dirigir mais do que um estabelecimento permitia uma maior troca de recursos logísticos. Já no plano financeiro, considerava-se que o previsível aumento da despesa, fruto do tratamento adequado prestado aos doentes, seria semelhante em qualquer das soluções adotadas, entendendo a comissão ser preferível uma total independência da nova instituição do HSJ<sup>411</sup>.

Mais uma vez é esperado um maior número de pensionistas em consequência da

---

<sup>408</sup> Idem, *ibidem*, p. 322.

<sup>409</sup> Idem, *ibidem*, pp. 323-324.

<sup>410</sup> Idem, *ibidem*, pp. 326-330.

<sup>411</sup> Caetano da Silva Beirão, "1º relatório acerca do modo de adaptar o edifício de Rilhafoles para hospital de alienados", in *Jornal da Sociedade de Ciências Médicas de Lisboa*, tomo III, Fevereiro de 1849, pp. 294-295.

melhoria das condições de tratamento no novo estabelecimento, o que se traduziria num aumento de receita. Porém, não é tida em consideração que a esse aumento correspondia consequentemente maiores despesas, desconstruindo assim esta expectativa de aumento de disponibilidade financeira<sup>412</sup>.

Caetano Beirão refere-nos que, assumindo que Rilhafoles acolhesse 300 doentes pressupunha-se a necessidade de quatro médicos, ficando o rácio médico/alienado semelhante ao dos grandes estabelecimentos da Europa. É ainda desvalorizada a separação entre doentes curáveis e incuráveis concluindo que Rilhafoles deveria recebê-los a todos, vindo de todas as partes do Reino<sup>413</sup>.

São mantidas as preocupações com a possibilidade de existência de irregularidades aquando da admissão, permanência e alta dos doentes, bem como relativas aos meios de financiamento da instituição. Neste capítulo, o HSJ aparecia novamente como principal fonte de rendimento de Rilhafoles (cerca de 50%) e o restante capital seria provido pelos diferentes distritos administrativos do Reino através das Misericórdias, Confrarias e Irmandades<sup>414</sup>.

Este relatório termina com uma série de disposições que vão integrar o primeiro regulamento do Hospital de Rilhafoles, que vai ser impresso a 7 de Abril constituído por 76 artigos divididos em 7 capítulos. Estabelecia normas que regulavam a admissão dos doentes, distribuição dos mesmos pelas diferentes enfermarias, contemplava várias disposições relativamente aos recursos humanos necessários bem como ao seu corpo funcional. É facilmente verificável que muitas vezes o regulamento não vai ao encontro dos vários pareceres pedidos às diversas comissões criadas anteriormente.

O Hospital de Rilhafoles receberia, então, todos os alienados do Reino, curáveis ou incuráveis, indigentes ou pensionistas. Estes últimos dividir-se-iam em 4 classes, pagando uma quantia mensal, em adiantado, proporcional à assistência e comodidades oferecidas. De referir que os militares e os clérigos com patologia do foro mental seriam considerados pensionistas<sup>415</sup>.

As funções afetas ao médico diretor eram variadas e incluíam desde a realização de serviço clínico a metade dos doentes, elaboração de um orçamento geral, nomeação de diversos funcionários, entre outras<sup>416</sup>.

---

<sup>412</sup> Idem, *ibidem*, p. 295.

<sup>413</sup> Idem, *ibidem*, pp. 296-297.

<sup>414</sup> Idem, *ibidem*, pp. 298-305.

<sup>415</sup> *Regulamento do Hospital d'Alienados estabelecido no edificio de Rilhafolles*, Lisboa, Imprensa Nacional, 1851, pp. 3-4.

<sup>416</sup> Neste âmbito, segundo o artigo n.º 21, competia ao médico *fiscalizar o serviço dos Empregados seus*

A divisão dos doentes por sexo é assegurada sendo que cada um dos clínicos afetos ao hospital ficaria encarregue de cada divisão sexual. Notamos aqui o não cumprimento das disposições do anterior relatório que preconizava a existência de 4 médicos para uma população de 350 doentes. O serviço cirúrgico ficaria a cargo de um cirurgião do HSJ que seria chamado sempre que necessário<sup>417</sup>.

No que dizia respeito à admissão dos doentes, esta só poderia ser efetuada através de um requerimento de admissão e certidão de moléstia (entre outros documentos onde constavam informações como o nome, filiação, profissão e domicílio do alienado)<sup>418</sup>. Estes dados iriam permitir, pelo menos em teoria, um melhor diagnóstico e, consecutivamente, um plano terapêutico mais adequado e personalizado a cada doente. Recordamos que já Joaquim Bizarro na década de 30 fazia referência à importância de uma adequada colheita de dados.

Novamente, é manifesta a preocupação com a adoção de meios mais brandos nos meios de repressão (artigo 67º) bem como a ocupação dos doentes em diversas atividades, nomeadamente na quinta de Rilhafoles, devendo o produto do trabalho dos doentes reverter em 2/3 para a instituição e em 1/3 para a criação de um fundo de socorro destinado a auxiliar os indigentes que tinham alta hospitalar<sup>419</sup>.

Caetano Beirão vai tornar-se o primeiro diretor do Hospital de Rilhafoles, dirigindo aquela instituição entre Janeiro e Novembro de 1849, até à nomeação de Francisco Pulido a 15 de Novembro do mesmo ano. Durante este período, e de acordo com o preconizado no regulamento que ainda não se encontrava publicado, vai desenvolver um trabalho de índole estatística que, aliado a um discurso proferido na sessão solene de aniversário da Sociedade das Ciências Médicas de Lisboa, contribuem para um melhor entendimento da realidade vivida nos primeiros meses de funcionamento da instituição.

Embora a utilidade dos dados estatísticos não fosse consensual, Beirão era de opinião que uma boa estatística sobre a população internada permitia conhecê-la melhor e, consequentemente, adequar a forma de tratamento ao doente bem como delinear estratégias futuras. Consideramos que o autor desvaloriza o trabalho que Joaquim Bizarro havia desenvolvido na década anterior, referindo que tal empresa era novidade em

---

*subordinados, admoestar e reprimir aquelles que forem negligentes ou descomedidos, (...) as providências que julgar necessário a respeito de quaesquer outros Empregados que forem incorrigíveis ou cometerem faltas graves, Idem, ibidem, pp. 6-7.*

<sup>417</sup> Idem, *ibidem*, pp. 8-9.

<sup>418</sup> Idem, *ibidem*, p. 10.

<sup>419</sup> *Regulamento do Hospital d'Alienados estabelecido no edificio de Rilhafoles, Op. cit., pp. 12-16.*

Portugal e aponta para as deficientes conclusões que se podem induzir fruto do curto espaço de tempo a que as estatísticas dizem respeito (1.º semestre de 1849)<sup>420</sup>.

Como em outros relatórios a comparação com outros estabelecimentos europeus, tidos como exemplo no tratamento de doenças mentais, é constante, sendo notória a valorização dos dados que são semelhantes aos dos outros estabelecimentos. Quanto tal não acontece, a procura de justificações é frequente.

Dos dados que seriam objeto de tratamento, Beirão nota que a maioria das admissões de doentes em estabelecimentos como Charenton ocorria na primavera. Não dispondo de informações sobre o acolhimento de alienados no inverno (o relatório reporta-se ao 1.º semestre), vai inferir que posteriormente o número de admissões vai diminuir fruto das deficientes vias de comunicação do Reino que dificultavam em muito a chegada a Lisboa de loucos provenientes do interior de Portugal. A atestar esta situação está também o facto de grande parte da população internada em Rilhafoles ser proveniente do próprio distrito de Lisboa ou de distritos com ligação fluvial e marítima privilegiada com a capital, como Santarém ou Porto<sup>421</sup>.

Continuando a análise da proveniência dos alienados, Beirão julgava que, mesmo tendo em consideração que Lisboa era a cidade mais populosa do Reino e que as causas da alienação mental eram frequentemente tidas como fruto de estímulos urbanos, não se justificavam tais números senão pelo facto de as comunicações com a capital serem deficientes. Tal circunstância vai levar o autor a propor a criação de novos hospitais no restante país, opção também motivada pelo facto de que aquando da chegada de muitos doentes a Rilhafoles, o estado de cronicidade e incurabilidade da patologia era evidente, situação que cuidados de proximidade poderiam inverter com ganhos para a sociedade<sup>422</sup>.

Os alienados com idade compreendida entre os 30 e 50 anos representavam a faixa etária mais numerosa nas admissões efetuadas durante o período em questão, sendo grande parte deles casados, facto justificado pelas causas morais da alienação se encontrarem mais presentes no estado civil supracitado<sup>423</sup>.

Os resultados estatísticos obtidos permitiram ainda concluir a maior influência de causas morais em comparação com as físicas na etiologia da alienação mental, o que se

---

<sup>420</sup> Caetano Beirão, "Breves considerações estatísticas ácerca do hospício d'alienados de Rilhafoles desde Janeiro a Junho de 1849, tempo em que dirigi aquelle estabelecimento", in *Jornal da Sociedade de Ciências Médicas de Lisboa*, Tomo V, Julho de 1851, pp. 9-11.

<sup>421</sup> Idem, *ibidem*, pp. 8-16.

<sup>422</sup> Idem, *ibidem*, pp. 8-16.

<sup>423</sup> Idem, *ibidem*, pp. 12-14.

encontrava em harmonia com a restante Europa<sup>424</sup>.

O facciosismo de Beirão é perfeitamente observável quando se debruça sobre as taxas de curabilidade e mortalidade apuradas. Os doentes tidos como curados em Rilhafoles são estatisticamente muito inferiores aos de Charenton e Salpêtière, facto que é desvalorizado e justificado com o curto intervalo de tempo a que diziam respeito os dados obtidos. Já a taxa de mortalidade, inferior aos outros estabelecimentos, é usada para testemunhar a qualidade dos serviços prestados<sup>425</sup>.

As dificuldades com que se vai debater ao longo da sua curta direcção do estabelecimento centravam-se no que dizia respeito aos meios utilizados pelos empregados subalternos, que usavam e abusavam dos meios de contenção e repressão, o que contrariava a filosofia que se pretendia imprimir a esta nova instituição<sup>426</sup>. A situação afigurava-se de tal modo grave e com tais consequências no tratamento dos alienados que Beirão propõe um aumento do número de recursos humanos bem como um acréscimo no salário dos mesmos como incentivo que, paralelamente a uma instrução dos mesmos, poderia resultar em francas melhorias no tratamento dos doentes<sup>427</sup>.

Vai reiterar o parecer da Comissão criada a 15 de Novembro de 1848 que considerava a criação de um edifício de raiz a solução mais adequada para a instalação de um hospital para acolher alienados. No entanto, face a essa impossibilidade, corrobora com alguns aspetos positivos da atual construção dando início à execução de algumas obras de adaptação referindo basear-se no modelo de John Connely na sua obra *Construcção e forma d'um asylo d'alienados, bem como dos hospitaes para alienados*<sup>428</sup>.

No plano da segurança haviam já sido colocadas grades nas janelas do edifício, posteriormente pintadas de branco com o intuito de retirar a Rilhafoles o aspeto de prisão. Cada porta dos quartos e enfermarias dispunha de uma denominada *chapa de inspecção* que permitia aos empregados visualizar o que se passava no interior do quarto sem

---

<sup>424</sup> Idem, *ibidem*, pp. 21-22.

<sup>425</sup> Idem, *ibidem*, pp. 22-29.

<sup>426</sup> Beirão considera que *a mansidão, a suavidade, a persuasão e a pacirmonia que tantas vezes he necessaria para dirigir e corrigir o espirito enfermo destes infelizes, são dotes que difficilmente se encontram em mercenarios d'huma educação deficientissima, e para quem o medo e o terror he uma arma mais facil de manejar que a persuasão e a brandura*, Caetano da Silva Beirão, "Discurso recitado na Sociedade das Sciencias Medicas de Lisboa na Sessão solene anniversaria de 10 de Junho de 1849 pelo Dr. Caetano Maria Ferreira da Silva Beirão, terceira vez eleito Presidente da mesma Sociedade", in *Jornal da Sociedade de Ciências Médicas de Lisboa*, Tomo III, Junho de 1849, pp. 326-238.

<sup>427</sup> Nas suas palavras: *eu espero que os esforços dos Medicos intelligentes e votados a esta especialidade hão-de conseguir formar d'entro d'alguns annos enfermeiros e empregados, que estejam, em harmonia com a suavidade, brandura, e vigilancia que a Sciencia requer hoje como baze do tratamento moral desta horriavel enfermidade*. Idem, *ibidem*, pp. 328-330.

<sup>428</sup> Idem, *ibidem*, pp. 331-332.

fazerem grande barulho. Considerava que as janelas existentes forneciam luz e ventilação adequada<sup>429</sup>.

No capítulo da higiene e asseio dos doentes tinha consciência da sua importância assumindo contudo a impossibilidade de assegurar cuidados de higiene ideais ao doente. Situação semelhante ocorria em relação ao recurso à hidroterapia, que parecia ser residual<sup>430</sup>.

Entendia que os alienados com patologia física associada se deviam manter em Rilhafoles em vez de serem transferidos para um hospital geral, onde, por certo, quebrariam o sossego instalado. Deste modo, defendia a criação de uma pequena enfermaria no interior de Rilhafoles onde pudessem ser tratadas as ditas *molestias intercorrentes*<sup>431</sup>.

Mantendo-se fiel aos preceitos da ciência que viam no trabalho, na ocupação e distração dos doentes um poderoso meio de tratamento, vai incentivar atividades ergoterápicas, embora não nos mostre como<sup>432</sup>.

Debruçou-se com grande preocupação sobre a questão da segurança face a um possível incêndio. Por um lado, procedeu à colocação de proteções de vidro junto às iluminações, colocando os candeeiros a uma maior altitude diminuindo o risco de incêndio. Por outro, defendia a colocação de depósitos de água nos vários pisos do edifício assim como a existência de uma chave única para abrir todas as portas<sup>433</sup>.

Em Novembro de 1849, Beirão é substituído por Francisco Pulido que, no seu primeiro relatório, deu conta do andamento de algumas obras previstas em relatórios anteriormente referidos. Deste modo, referiu-se à construção de um depósito de água no interior da quinta de Rilhafoles, diretamente abastecido pelo aqueduto das águas livres bem como ao fim das obras de adaptação do terceiro e quarto piso do edifício que poderia, então, receber mais doentes. No entanto, a deterioração do 1.º piso onde já se encontravam os alienados do sexo feminino parece ser de tal ordem que o diretor propõe que estes sejam temporariamente transferidos para os pisos superiores de modo a que se procedesse a uma renovação geral do mesmo. Desta circunstância se depreende a rápida degradação das instalações e a frequente necessidade de obras de manutenção das mesmas. No entanto, este pedido parece não ter sido atendido pois a 9 de Janeiro de 1850 são

---

<sup>429</sup> Idem, *ibidem*, pp. 335-338.

<sup>430</sup> Beirão diz-nos que *a pelle dos doidos perde a esperesa e o parecer repulsivo, e doentio que appresenta nos Hospitaes onde se despresão estes cuidados*. Idem, *ibidem*, pp. 329-340.

<sup>431</sup> Idem, *ibidem*, pp. 342-343.

<sup>432</sup> Idem, *ibidem*, p. 345.

<sup>433</sup> Idem, *ibidem*, pp. 342-349.



transferidos os últimos doentes que ainda se encontravam em São José, que seriam distribuídos de acordo com o regulamento do hospital. Fez também referência à reparação dos telhados bem como à construção de latrinas e canos de despejo, cuja necessidade era bem reconhecida<sup>434</sup>.

A distribuição dos doentes em várias secções e subdivisões nos vários pavimentos do edifício parecia à partida complexa. Pulido assegurou que a divisão sexual dos alienados era completamente eficaz mantendo separados e sem livre comunicação os alienados de diferentes sexos. Pode daqui deduzir-se que a construção de lances exteriores de escadas tenha sido realizado pois só assim se poderiam criar condições para uma efetiva separação dos doentes<sup>435</sup>.

A existência de um único hospital para alienados, com uma reduzida capacidade face à população total, aliada à circunstância de muitos dos que se encontravam internados serem considerados incuráveis, leva Pulido a propor que Rilhafoles se destine exclusivamente ao tratamento de alienados curáveis, devendo os restantes ser acolhidos por instituições como o Asilo da Mendicidade. Esta solução seria benéfica no campo financeiro (a diária no asilo era cerca de metade quando comparada com Rilhafoles) e libertaria mais vagas para o tratamento de doentes curáveis, que Pulido calculou em cerca de 570, com evidentes ganhos para a sociedade<sup>436</sup>. No entanto estas disposições pouco ou nenhum resultado parecem ter surtido pois os alienados incuráveis vão sempre constituir uma parte importante da população de Rilhafoles.

Ao longo do seu relatório é manifesta a sua preocupação em mostrar que o regulamento era cumprido na íntegra<sup>437</sup>. As suas declarações parecem-nos claramente tendenciosas na medida em que os recursos humanos do estabelecimento jamais poderiam levar a cabo uma vigilância tão eficaz como é descrita por Pulido. Este facto faz-nos duvidar de outros dados que apresentou nomeadamente quando referia que 2/3 dos alienados desenvolviam tarefas regularmente nas várias oficinas e em outras ocupações (alfaiataria, costuraria, sapataria, quinta, limpezas e serviços no refeitório). Assim sendo, não causa qualquer admiração a posição de destaque que Rilhafoles ocupava, no que dizia respeito às atividades ergoterápicas, quando comparado com instituições em Inglaterra e

---

<sup>434</sup> Francisco Martins Pulido, *Relatorio sobre a organização do Hospital de Alienados em Rilhafoles*, Lisboa, Imprensa Nacional, 1852, pp. 3-4.

<sup>435</sup> Idem, *ibidem*, p.9.

<sup>436</sup> Idem, *ibidem*, pp. 10-17.

<sup>437</sup> Neste âmbito refere que *a assistencia ao Alienado é prestada com assiduidade e inteligencia. Os doentes são vigiados noite e dia, e nem dentro nem fora do Estabelecimento ficam um instante abandonados; havendo sempre Ajudantes d'enfermeiro que velam por sua segurança, ordem e compostura*. Idem, *ibidem*, p. 20.

França<sup>438</sup>. É certo que muitos doentes se ocupavam em tais tarefas, facto que já vem descrito anteriormente e se encontra de acordo com os preceitos científicos da época. Por outro lado, a progressiva melhoria das condições de Rilhafolles poderia permitir um aumento do número de alienados ocupados nas diversas atividades existentes. Todavia, numa fase tão precoce da existência do estabelecimento, em que muitas rotinas se encontravam ainda por definir, parece ocorrer uma amplificação da realidade existente.

É ainda relatado que alguns alienados prestavam serviço fora do hospital nomeadamente no transporte de víveres para a cozinha, obras diversas e no cultivo do jardim botânico da Escola Médico-Cirúrgica. Pulido faz notar o comportamento adequado destes alienados. É de crer que estes doentes fossem criteriosamente escolhidos e se encontrassem estabilizados da sua doença<sup>439</sup>.

Para além da ocupação estruturada, são descritas várias formas de entretenimento dos alienados como jogos de recreio, passeios dentro e fora do estabelecimento, música e dança, sendo a falta de uma biblioteca o motivo pelo qual não se empreendem exercícios intelectuais de leitura<sup>440</sup>.

O vestuário dos alienados já se encontrava adaptado à estação do ano, o que não acontecia em São José e o funcionamento das oficinas de costura e alfaiataria providenciavam o fornecimento de vestuário e roupa de cama que era mudada todas as semanas<sup>441</sup>.

À semelhança do que observava o seu antecessor Caetano Beirão, os banhos são pouco utilizados, apesar de reconhecida a sua importância. Esta condição sofrerá uma importante melhoria graças a José Bernardino de Sá que vai doar 6 000\$000 reis ao Governo que, por decreto de 19 de Dezembro de 1850 serão usados nos melhoramentos do Hospital, nomeadamente no que dizia respeito às deficientes condições de higiene. Tal verba será utilizada na construção do Balneário D. Maria II que seria inaugurado em 1853 e que em muito poderia vir a suprir estas deficiências<sup>442</sup>.

O autor vai considerar que a multiplicidade de funções a ele afeto não permitiam o desempenho cabal das mesmas. Refira-se igualmente que, até meados de 1850, data em

---

<sup>438</sup> Idem, *ibidem*, pp. 20-25.

<sup>439</sup> Assim se compreende o discurso de Martins Pulido quando refere que os alienados se encontravam *sempre tranquilos e obedientes, prestando-se aos trabalhos fóra do Hospital com tanta docilidade e até contentamento, que todos ao vê-los duvidam se são doentes, ou trabalhadores*. Idem, *Ibidem*, p. 24. A importância da ocupação dos alienados encontra-se cabalmente expressa quando Pulido afirma que *a tranquillidade do asylo está sempre na razão directa do maior emprego e occupaões diárias a que voluntariamente se presta o alienado*. Idem, *ibidem*, p. 26.

<sup>440</sup> Idem, *ibidem*, p. 23.

<sup>441</sup> Idem, *ibidem*, pp. 29-30.

<sup>442</sup> Idem, *ibidem*, p.32, 123-124.

que Guilherme Abranches é nomeado para prestar serviço em Rilhafoles, tinha a seu cargo todo o serviço clínico dos doentes bem como as responsabilidades de carácter administrativo<sup>443</sup>.

Uma das questões levantadas pela primeira vez dizia respeito ao estigma social a que os alienados estavam sujeitos após a sua alta, mesmo quando eram considerados curáveis. Pulido refere que a sociedade não concedia ao alienado a completa competência no desenvolvimento das funções que desempenhava antes do internamento. Deste modo, tentou guiar as suas intervenções por preceitos que atualmente poderíamos designar, sem cair em grandes anacronismos, de sigilo profissional<sup>444</sup>.

A existência de abusos por parte dos empregados no que dizia respeito ao uso dos meios de repressão não era certamente novidade. No entanto, Pulido referiu a existência de *contractos abusivos* entre alguns ajudantes e os doentes, em prejuízo dos últimos<sup>445</sup>. Não explicitando a natureza desses contratos, seriam provavelmente efetuados com alienados pensionistas devido ao plausível envolvimento monetário nos mesmos. Para pôr fim a este problema, proíbe qualquer contrato entre doentes e empregados. No plano económico fez notar uma progressiva redução da despesa diária com os alienados (1849 - 137 reis; 1851- 124 reis)<sup>446</sup>.

O interesse da Rainha D. Maria II pela questão dos alienados é visível na visita que efetuou a Rilhafoles no início da década de 50 bem como pelo facto de a monarca ter inaugurado, a 29 de Outubro de 1853, a casa das caldeiras e o balneário que atualmente é designado com o seu nome<sup>447</sup>.

Este edifício foi o primeiro a ser construído de raiz com objetivos terapêuticos, tendo sido mais tarde aberto à população em geral. Caracteriza-se, do ponto de vista arquitetónico, por uma simbiose entre ideais neogóticos, presentes nos vãos de arco quebrado com a implantação em forma de U e na *loggia* que enquadra o pátio exterior, características marcadamente renascentistas<sup>448</sup>.

Com este balneário, Rilhafoles igualava o que de melhor se fazia na Europa oferecendo uma série de tratamentos baseados na hidroterapia, permitindo a administração de banhos de imersão, de chuva, de onda, de duche descendente, lateral ou local, quentes, mornos, tépidos ou frios, de estufa ou vapor ou com aromas medicinais.

---

<sup>443</sup> Idem, *ibidem*, pp. 33-35.

<sup>444</sup> Idem, *ibidem*, pp. 38-39.

<sup>445</sup> Idem, *ibidem*, p. 41.

<sup>446</sup> Idem, *ibidem*, p. 47.

<sup>447</sup> Almeida Amaral, *Op. cit.*, p. 46.

<sup>448</sup> Pedro Cintra, *Op. cit.*, pp. 35-38. O seu valor arquitetónico ditou a sua classificação, em 2010, como Conjunto de Interesse Público.

As suas caldeiras, para além de permitirem banhos a diferentes temperaturas, desempenharam também um importante papel na melhoria das condições da cozinha e na confeção dos alimentos<sup>449</sup>.

A administração de Francisco Pulido vai ser analisada por António Maria de Sena, que não se poupa em elogios ao novo diretor, referindo que a ele se deveu *a excelência da instalação, que podia de certo rivalizar com a de hospitais estrangeiros daquele tempo*<sup>450</sup>.

O relatório que o diretor produziu, na opinião de Sena, denunciava a excelência da assistência médica bem como da competência de Francisco Pulido Martins. A importância deste trabalho foi descurada na medida em que se apresenta como um mero anexo de um outro relatório, este despojado de qualquer valor científico. A publicação destes relatórios não teve eco internacional e apenas se sabe da existência de mais um relatório de 1854 que não foi publicado e não se encontrava nos arquivos do hospital<sup>451</sup>.

O facto de Francisco Pulido não mais ter escrito qualquer relatório, indo contra o regulamento do hospital que preconizava a publicação anual do mesmo, é explicado por Sena pelo desgosto do diretor pelo facto de o seu segundo relatório ter desaparecido, no qual eram apontadas responsabilidades várias<sup>452</sup>.

Francisco Pulido vai dirigir Rilhafoles até 1866. Anos antes a imprensa especulava sobre algumas realidades que faziam parte do quotidiano do estabelecimento<sup>453</sup>. Sena informa-nos que na imprensa circulavam rumores que, em Rilhafoles, os alienados eram recebidos sem as devidas formalidades e sem a garantia da proteção da liberdade individual, bem como o facto de supostamente os doentes não serem convenientemente tratados<sup>454</sup>.

Perante esta situação a administração do HSJ nomeou uma comissão composta por três médicos que deveriam inspecionar o hospital para perceber se tinham fundamento estas queixas e quais os melhoramentos que se poderiam fazer. A comissão pretendia

---

<sup>449</sup> Idem, *ibidem*, pp. 35-41.

<sup>450</sup> António Maria de Sena, *Op. cit.* pp. 114-116.

<sup>451</sup> Idem, *ibidem*, p. 114.

<sup>452</sup> Sena sintetiza a atuação de Francisco Pulido da seguinte forma: *Não houve detalhe que não merecesse a sua atenção. O princípio do isolamento, convenientemente compreendido e aplicado, o trabalho metódico como meio de tratamento, o tratamento moral, a educação do pessoal o sentido de só empregar para com os infelizes alienados meios brandos e persuasores, impondo-se-lhes pelo respeito apenas, o largo desenvolvimento dado às condições higiénicas até então sistematicamente desprezadas, a regularização nas admissões e respectiva escrituração, por forma a colherem-se e guardarem-se com sistema todos os elementos importantes da história do alienado, o estabelecimento dos preceitos convenientes para garantir a liberdade das pessoas opondo-se às admissões ou retenções arbitrarias.* Idem, *ibidem*, pp. 113-114.

<sup>453</sup> Almeida Amaral, *Op. cit.*, p. 47.

<sup>454</sup> António Maria de Sena, *Op. cit.*, p. 119.

inquirir, de modo mais objetivo, quais os doentes que deveriam ter alta, quais as condições higiénicas do hospital, quais os meios que deveriam ter sido usados na cura dos doentes e quais os melhoramentos que deviam ser patrocinados. Daqui resultou que o hospital se encontrava sobrelotado o que era a justificação para muitas das condições higiénicas que encontraram. Consideram a existência de 40 alienados que poderiam sair com alta por se encontrarem melhorados mas mantêm-se no hospital, não por incúria da administração, mas sim por estes não serem capazes de se auto sustentarem ou de não possuírem pessoa de referência que os acolhesse<sup>455</sup>.

Esta acumulação de doentes não foi acompanhada por uma melhoria dos recursos clínicos afetos. Eram manifestamente insuficientes os dois clínicos existentes para poderem observar diariamente todos os alienados internados, mesmo excluindo aqueles que, devido à gravidade da sua enfermidade, não necessitavam de tão assíduo empenho clínico<sup>456</sup>.

A acrescentar a este fato refere que um dos médicos assumia as funções de diretor, estando responsável por uma série de outras obrigações de carácter logístico e de fiscalização dos serviços. Paralelamente, os médicos tinham funções de carácter investigativo, devendo fazer autópsias e diversas análises bem como efetuar os vários registos e redigir relatórios<sup>457</sup>.

O elevado número de dementes, idiotas, epiléticos e de alienados tranquilos justificavam na plenitude a criação de asilos para os acolherem e separá-los assim dos maníacos agitados, dos imundos e dos curáveis<sup>458</sup>.

Relativamente às condições higiénicas, Sena cita o relatório que dizia que *os quartos dos alienados agitados, que ocupam o pavimento térreo do edifício, são pequenos, alguns mal ventilados, imundos e com um cheiro desagradável. A grande acumulação de Rilhafoles faz com que os quartos destinados para isolamento de cada agitado se convertam em camaratas, existindo em cada uma três camas quando apenas tinham capacidade para uma*. No que se refere às responsabilidades desta situação, era

---

<sup>455</sup> É referido que os 516 doentes que povoavam o hospital formavam uma massa *muito superior à capacidade deste edifício, de onde resulta uma excessiva acumulação, que é o pior dos males que pode acometer as condições higiénicas mais essenciais de um estabelecimento desta ordem*. Idem, *ibidem*, pp. 119-120.

<sup>456</sup> Idem, *ibidem*, pp. 120-121.

<sup>457</sup> Idem, *ibidem*, p. 121.

<sup>458</sup> Sena insurge-se contra a globalidade das decisões estatais quando refere que a existência de um elevado número de loucos não se resolve *com portarias, limitando as admissões, ordenando a encarceração nas cadeias ou proibindo a entrada em Rilhafoles*. Idem, *ibidem*, p. 122.

descartado o médico que, apesar de tudo, procurava alterar esta situação mas ainda sem sucesso<sup>459</sup>.

É referenciado que os recursos humanos, nomeadamente o pessoal subalterno, era reduzido, com pouca formação, parcamente retribuído não podendo assim auxiliar de modo efetivo os clínicos<sup>460</sup>.

No capítulo dos melhoramentos, propõe-se a separação do serviço administrativo do clínico, assim como a contratação de pelo menos mais um facultativo<sup>461</sup>.

Em 1866 é nomeado como diretor de Rilhafoles o Dr. Guilherme Abranches, que vai dirigir a instituição durante 15 anos. Sena diz-nos que são seguidas algumas indicações existentes no relatório supra citado que consistiam, por exemplo, na regularização do serviço económico, criação de um lugar de médico adjunto, o aumento do vencimento dos empregados e a criação de gratificações. Foi também criado o lugar de escrevente<sup>462</sup>.

No capítulo dos meios coercivos, seria apenas aplicado o colete-de-forças e a reclusão. A reclusão individual dos agitados foi abandonada, pois acreditava-se que a agitação aumentava com o isolamento e diminuía com *a companhia, ar livre e possibilidade de amplos movimentos*<sup>463</sup>.

Procurou distribuir os agitados em grupos homogêneos do ponto de vista de fisionomia patológica, no entanto, a sobrelotação do hospital não permita que tal ocorresse em plenitude<sup>464</sup>.

Para os pensionistas foi montada uma sala de recreio com bilhar e diversos jogos bem como construído um teatro inaugurado em 1865<sup>465</sup>.

Reporta-se que 212 dos 537 doentes encontravam-se ocupados em atividades para as quais haviam sido educados ou no serviço hospitalar<sup>466</sup>.

Reabilitou-se a hidroterapia e em 1865 foram administrados 8 373 banhos, o que perfaz uma média diária de 23 banhos. Este registo mostra-se ainda insignificante para o

---

<sup>459</sup> Idem, *ibidem*, pp. 122-123.

<sup>460</sup> Idem, *ibidem*, p. 123.

<sup>461</sup> Embora as reformas operadas não se tenham pautado por uma total eficácia, Sena considera que *conquanto não possam completamente satisfazer as indicações formuladas no relatório dos médicos comissionados para a sindicância, é certo que algumas foram parcialmente atendidas, infelizmente, porém, ainda com a mesma mesquinhez que já havia assinalado as reformas anteriores. Desta pseudo reforma resultou um novo período de florescência para o Hospital de Rilhafoles, efêmera, coincidindo com a entrada do Dr. Abranches para a directoria*. Idem, *ibidem*, p. 124.

<sup>462</sup> Idem, *ibidem*, p. 124.

<sup>463</sup> Idem, *ibidem*, pp. 124-125.

<sup>464</sup> Idem, *ibidem*, p. 125.

<sup>465</sup> Idem, *ibidem*, p. 125.

<sup>466</sup> Idem, *ibidem*, p. 125.

efetivo absoluto mencionado tendo em conta a importância atribuída pelos alienistas à hidroterapia<sup>467</sup>.

Outra das alterações promovidas pelo Dr. Abranches prendeu-se com o emprego de práticas religiosas no tratamento da loucura. Assim, empreendeu o desenvolvimento do serviço religioso através da missa diária, das vozes em coro, bem como da catequese. Sena faz notar que o capelão devia ser previamente instruído relativamente às espécies de alienação mental *e de todos os doentes inscritos no mapa do serviço religioso*. Ao capelão competia também registar as mudanças que ia observando e posteriormente comunicá-las ao diretor para que pudesse *avaliar a marcha e fase da doença e o estado de cada alienado*<sup>468</sup>.

Mantém-se a sobrelotação do hospital que só era corrigida pela elevação da mortalidade. Segundo Sena, esta situação criava alguma tensão latente entre a comunidade médica e os governos e administrações, consubstanciada em acusações mútuas<sup>469</sup>.

Assim, a 29 de Setembro de 1864, o Ministro do Reino expediu uma nova portaria onde, perante a sobrelotação do Hospital de Rilhafoles, procurou que se cumprissem os regulamentos hospitalares, devendo apenas ser enviados alienados curáveis ou incuráveis mas perigosos. A guia que acompanhava o alienado devia conter quais os atos por ele perpetrados que deviam ser baseados em autos de investigação ou no testemunho de pessoas que não estivessem diretamente interessadas no internamento do alienado. Devia ainda conter outros dados como o nome, naturalidade, idade e filiação do alienado, bem como identificação dos parentes por ele responsáveis e também a disponibilidade de meios para os sustentar. Os atestados passados pelos facultativos deviam mencionar a natureza da demência, se esta era ou não curável, *e a razão deste prognóstico, se os doentes têm propensões malfazejas e em que consistem*. Note-se ainda que nenhum

---

<sup>467</sup> Idem, *ibidem*, p. 126.

<sup>468</sup> Sena insurge-se contra o uso da religião como processo terapêutico pois considera que a maioria dos alienados não beneficiava perante este regime. A sua atuação perante os rituais da igreja eram fruto de automatismos rígidos e enraizados no alienados e para comprovar a sua opinião relata um caso que sucedeu no seu hospital onde um enfermeiro havia habituado os seus alienados a dirigirem-se para o refeitório após o toque da campainha. Quando os alienados foram à missa e durante a celebração o sacristão tocou uma campainha muitos alienados levantaram-se e dirigiram-se para a porta afirmando que iam para o refeitório. Deste modo considera o serviço religioso apenas como um passatempo para os alienados. Refere ainda que *assim como as condeno como médico, se fôra padre não me prestaria a fazê-las*. Idem, *ibidem*, pp. 126-127.

<sup>469</sup> Nas palavras de Sena, *os governos e administrações queixavam-se dos médicos e das autoridades: dos primeiros pela facilidade com que atestavam em casos de alienação, dos segundos por não cumprirem as restrições regulamentares, que só consentiam que se prestasse a assistência hospitalar aos doentes curáveis*. Idem, *ibidem*, p. 128.

doente deveria ser enviado pelas autoridades para Rilhafoles sem antes se perguntar à administração se dispunham de vagas, exceto em casos de urgência<sup>470</sup>.

Sena mostra-se muito crítico para com o Governo, pois as medidas que este propunha procuravam exclusivamente limitar as admissões em Rilhafoles, esquecendo os alienados miseráveis que povoavam as ruas, não promovendo a defesa da sociedade dos perigos, incómodos e inconvenientes do seu abandono<sup>471</sup>.

Considerando que existiam muitos alienados *que devem ser sequestrados da sociedade ou socorridos em estabelecimentos especiais*, Guilherme Abranches aconselha a construção de mais dois hospitais e de dois asilos bem como a construção, nos terrenos de Rilhafoles, de um hospital modelo para 200-300 doentes. Para prover à desaccumulação imediata do hospital, deviam entregar-se às famílias os alienados incuráveis inofensivos e convidar famílias do campo a acolhê-los perante o estabelecimento de um subsídio não superior ao gasto que fariam no internamento<sup>472</sup>.

Abranches dirigiu o hospital até 1872 e produziu relatórios em 1865, 1868, 1869, 1870 e em 1871 que existiam no cartório da contadoria do Hospital de São José, aos quais acedeu Sena com o apoio do Marquês de Sabugosa, enfermeiro-Mor do HSJ na primeira vez que visitou Rilhafoles<sup>473</sup>. Note-se que não foram elaborados relatórios relativos aos anos de 1866 e 1867 o que, na opinião de Sena, não deverá ter incomodado a administração superior<sup>474</sup>.

Estes relatórios, apelidados de inéditos, reforçam a ideia do referente a 1865, dando conta de um quase progressivo aumento da população média diária, resultando numa maior acumulação de doentes insistindo nos melhoramentos que considera necessários<sup>475</sup>.

No relatório de 1871, apresenta quadros estatísticos relativos à admissão de doentes, à população efetiva bem como da sua proveniência, divididos por quinquênios<sup>476</sup>.

---

<sup>470</sup> Idem, *ibidem*, pp. 128-129.

<sup>471</sup> Idem, *ibidem*, p. 129.

<sup>472</sup> Idem, *ibidem*, pp. 130-131.

<sup>473</sup> Idem, *ibidem*, p. 131. Infelizmente não conseguimos aceder a esses mesmos relatórios, pelo que optámos por nos cingir às conclusões de António Maria de Sena.

<sup>474</sup> Idem, *ibidem*, p. 131.

<sup>475</sup> O diretor de Rilhafoles considerava que *a adaptação e melhor distribuição deste edificio depende essencialmente da desaccumulação em maior escala, deixando para as oficinas e para outros destinos e aplicações, espaços e casas que estão servindo de aposentos aos doentes*. Idem, *ibidem*, p. 131.

<sup>476</sup> Idem, *ibidem*, pp. 133-135.



No que se refere à admissão de alienados, esta apenas diminui no último quinquénio, entre 1865 e 1869, o que não correspondia a uma descida da existência média diária de doentes que exibia uma linha sempre ascendente<sup>477</sup>.

Ao aumento progressivo de pensionistas correspondeu também uma elevação das prestações que o hospital recebia que passaram de 12 267\$854 reis em 1867 para 16 752\$660 reis em 1871<sup>478</sup>.

Faz-se referência à proveniência dos alienados e percebe-se que Rilhafoles funcionava como hospital de carácter distrital na medida em que a grande maioria dos doentes ali internados pertenciam ao distrito de Lisboa, o que entrava em contradição com o carácter supostamente nacional deste hospital<sup>479</sup>.

Desde 1872 até à 1883 não haviam sido elaborados quaisquer relatórios e só era possível elaborar a história do hospital recorrendo aos registos de admissões da secretaria do HSJ<sup>480</sup>.

Sena empreende a elaboração de um quadro do movimento da população do hospital e das pensões pagas pelos pensionistas entre 1867 e 1878 com base nos relatórios publicados no diário do Governo. Faz ainda notar que não lhe foi possível calcular a taxa de curabilidade dos doentes, pois nos documentos apenas aparecia inscrito *saíram*, ao que não correspondia obrigatoriamente uma cura definitiva. Faz também referência para várias portarias expedidas pelo Ministério do Reino que procuravam diminuir a acumulação ou não agravá-la, todas sempre sem resultados visíveis<sup>481</sup>.

António Maria de Sena caracteriza o Hospital de Rilhafoles tendo por base as visitas que aí efetuou no início da década de 80 do séc. XIX e os registos consultados. Refere-nos assim que a 1 de Janeiro de 1883 encontravam-se em Rilhafoles 509 alienados (257 homens e 252 mulheres), ocupando os primeiros três pavimentos do corpo do edifício e o estabelecimento das recolhidas, próximo de Rilhafoles<sup>482</sup>.

Os doentes agitados habitavam o rés-do-chão em duas salas distintas. Uma primeira, abobadada e uma segunda que continha dois pequenos cubículos também para

---

<sup>477</sup> Idem, *ibidem*, p. 135.

<sup>478</sup> Idem, *ibidem*, pp. 133-134.

<sup>479</sup> Idem, *ibidem*, p. 135.

<sup>480</sup> Sena considerava que *poderiam colher-se assim alguns dados económicos e também notícias singulares da proveniência dos alienados ali tratados naquele período; mas pouco valor teriam faltando as observações médicas concorrentes às diversas questões que um tal serviço encerra*. Idem, *ibidem*, p. 135.

<sup>481</sup> Idem, *ibidem*, pp. 136-138.

<sup>482</sup> No entanto o autor queixa-se relativamente à falta de registos referindo que *não há nenhuma notícia clínica desta enfermaria como das outras*. Idem, *ibidem*, p. 140-148.

doentes. Aos agitados correspondia também um largo térreo para passeios e refeitório, bem como quatro quartos fortes<sup>483</sup>.

Nesta parte do edifício encontravam-se 14 alienados com uma cubagem de 11,32 m<sup>3</sup> e de 11,19 m<sup>3</sup>, cuja ventilação era muito deficitária tendo em consideração que não dispunham de janelas, apenas uma grade junto ao teto. O pavimento era de tijolo velho e ordinário encontrando-se aqui doentes de todas as classes<sup>484</sup>.

Nos segundo e terceiro andar, ocupados pelas diferentes classes, encontravam-se quartos dispostos a um largo corredor por onde os alienados se movimentavam na maior das ociosidades, excetuando os que colaboravam no serviço do hospital<sup>485</sup>.

Na secção dos pensionistas de 1.<sup>a</sup> e 2.<sup>a</sup> classe, deparou-se com um indivíduo militar que se encontrava acusado de homicídio voluntário e estava a ser observado para determinar uma possível inimputabilidade. Sena insurge-se contra esta promiscuidade considerando que sendo o indivíduo efetivamente alienado, não deveria encontrar-se naquela repartição em função da sua patologia. Não o sendo, o contacto com os outros alienados acabaria por contaminar o indivíduo<sup>486</sup>.

No edifício das recolhidas dormiam 90 alienados do sexo masculino e aqui as condições eram ainda mais degradantes, destacando Sena a mobília que se reduzia *a uma tarimba formada de tábuas velhas assentes em pés de ferro*, bem como o facto de apenas existir um vaso de barro para todos os doentes fazerem as suas necessidades<sup>487</sup>.

No que dizia respeito aos recursos humanos, estes são qualificados de insuficientes. Perfaziam na repartição masculina em 1 de Janeiro de 1883 o total de 19, dos quais 5 eram chefes e 14 ajudantes para 257 doentes o que dava uma média de 13 doentes por empregado<sup>488</sup>.

Embora Sena admita a existência de uma filosofia em que a assistência prestada deva ser proporcional à elevação da classe social, refuta que tal preceito se aplique ao tratamento dos alienados onde não deveria haver desigualdade social, mas apenas tendo em conta as características da doença. Esta prática não se observava em Rilhafoles, já que

---

<sup>483</sup> Idem, *ibidem*, pp. 140-141.

<sup>484</sup> Idem, *ibidem*, p. 141.

<sup>485</sup> Idem, *ibidem*, p. 141.

<sup>486</sup> Nas suas palavras: *De resto, que acabará por ser alienado, ainda que o não fosse, é certíssimo*. Idem, *ibidem*, pp. 140-141.

<sup>487</sup> Idem, *ibidem*, p. 142.

<sup>488</sup> Idem, *ibidem*, p. 143.

os 20 doentes de 1.<sup>a</sup> e 2.<sup>a</sup> classe eram assistidos por 4 ajudantes, enquanto os 61 agitados eram assistidos por 5 ajudantes<sup>489</sup>.

O número reduzido de funcionários acarretava graves problemas e tinha como consequência, por um lado, uma maior necessidade da aplicação dos meios coercivos bem como uma reduzida eficácia dos cuidados médicos prescritos<sup>490</sup>.

O serviço médico da divisão masculina estava todo ele entregue ao médico diretor que acumulava as funções de carácter administrativo e económico. Fácil é de perceber a incapacidade de apenas um clínico poder visitar os 257 alienados desta divisão sexual e, consequentemente, a dificuldade em perceber e avaliar as alterações comportamentais dos alienados e proceder posteriormente a um ajuste adequado da terapêutica<sup>491</sup>.

São assim admitidas diversas falhas no tratamento dos doentes que não deviam ser imputadas ao médico *visto ser absolutamente impossível cuidar do tratamento de tantos doentes*<sup>492</sup>.

A divisão sexual feminina encontrava-se ocupada por 252 mulheres divididas de acordo com o seu comportamento em quatro pisos distintos. Assim, as agitadas encontravam-se no primeiro pavimento, as tranquilas no segundo, as imundas no terceiro e as dementes e incuráveis no quarto. Todavia, esta distribuição nem sempre era respeitada muito por culpa da elevada sobrelotação do hospital que obrigava a uma permanente promiscuidade na sua distribuição gerando um consequente prejuízo para a comodidade dos doentes e do próprio serviço<sup>493</sup>.

A repartição dos agitados, no 1.º piso, era formada por uma série de quartos fortes que ladeiam o corredor que termina num pequeno pátio, que aparentemente era pouco utilizado<sup>494</sup>.

---

<sup>489</sup> Sena refere-nos ainda que *há um só empregado com o título de enfermeiro. Vence 400 reis diários, casa e médico. Este empregado inspecionava o serviço. Nunca o vi.* Idem, *ibidem*, pp. 142-143.

<sup>490</sup> Idem, *ibidem*, p. 144.

<sup>491</sup> Idem, *ibidem*, p. 144.

<sup>492</sup> Sena esforça-se por desresponsabilizar os facultativos. Assim, propõe que *ninguém se lembre de dar aos médicos a mais pequena parcela de responsabilidade. Se neste lugar não dou conhecimento das impressões do atual diretor ao obséquio do qual devo as notas que acolhi, é por não estar autorizado a fazê-lo, podendo em todo em caso afirmar que pela sua competência conhece perfeitamente o problema, e pela sua bondade e carácter elevado reprovava e abomina profundamente as situações que deixo esboçadas.* Idem, *ibidem*, pp. 144-157.

<sup>493</sup> Idem, *ibidem*, p. 145.

<sup>494</sup> Idem, *ibidem*, p. 145.

A terceira repartição, a dos tranquilos, o autor considera que possuía boas condições de asseio fazendo, porém, notar a ociosidade a que a maior parte dos doentes estava entregue, trabalhando apenas cerca de 20 doentes numa casa de costura<sup>495</sup>.

O que mais impressionou Sena foi a divisão das imundas, no último piso, cujo corredor central era ladeado por quartos lateralmente e alguns deles constituíam-se como quartos fortes. Fez representar na sua obra os estrados para imundos que se destinavam a doentes que, por hábito adquirido ou força da doença, se urinavam espontaneamente. Eram formados por um plano inclinado no qual, na extremidade, se encontrava um orifício que recolhia a urina dos doentes e a armazenava em vasos colocados no seu interior. Pela noite algumas destas doentes dormiam aqui e os estrados eram cobertos de palha e fornecido um cobertor à doente<sup>496</sup>.

Sena não se insurge contra os estrados considerando antes que estes poderiam ser muito melhorados para acautelar diversos inconvenientes higiénicos como gases libertados ou possíveis infiltrações pela urina no leito. Propõe, assim, esgotos adequados que impedissem o retrocesso dos gases bem como a impermeabilização dos estrados. Em alternativa sugere projetos que promovam a educação dos doentes, embora admita não conhecer qual a verdadeira utilidade dos mesmos, posto a sua inexperiência. Como estes doentes seriam os mais incómodos e dispendiosos para o serviço, valeria a pena tentar educá-los<sup>497</sup>.

No que se referia aos recursos humanos afetos encontravam-se 21 empregados para 251 doentes e as considerações tecidas são análogas às da divisão masculina<sup>498</sup>.

Os doentes comiam nos refeitórios ou, quando a sua situação clínica não permitia que ali se deslocassem, eram alimentados no quarto ou enfermaria. Não existiam refeitórios em cada enfermaria ou em cada divisão sexual. Assim, primeiro comiam as mulheres e posteriormente os homens, sendo recrutados das diversas enfermarias o que originava uma convivência à refeição de indivíduos com um perfil patológico muito distinto entre eles, o que há data não era tido como saudável<sup>499</sup>.

---

<sup>495</sup> Idem, *ibidem*, p. 145.

<sup>496</sup> Idem, *ibidem*, p. 146.

<sup>497</sup> Nas suas palavras: *porque o doente é imundo, preparar-lhe uma verdadeira cavaliça e abandona-lo a seus hábitos, ou antes secundar a falta de atenção, gerada pelo processo da loucura, que é origem de tal estado, parece-me princípio clínico pouco aceitável na terapêutica dos alienados*. Elucida-nos também referindo que *em toda esta enfermaria é notável o mau cheiro que incomoda quem aí permanece por algum tempo, o que é devido às condições referidas dos estrados das imundas, aos quartos-fortes, a pouca ventilação da casa, e à grande acumulação que ali atinge proporções notáveis*. Idem, *ibidem*, p. 147.

<sup>498</sup> Idem, *ibidem*, p. 148.

<sup>499</sup> Sena caracteriza o espaço nos seguintes termos: *este refeitório comum não tinha condições de asseio, comodidade e conforto. É uma casa quadrangular, de pequeno pé-direito, tendo apenas uma porta e uma*

Existia ainda um outro refeitório na repartição dos agitados, constituído por uma *mesa comprida e bancos, tudo pobre e tosco*. Na enfermaria dos tranquilos estavam também a alimentar-se numa mesa no vão de uma janela. A alimentação era ainda regida pelas tabelas de 7 de abril de 1851, não podendo o autor aferir se eram cumpridas<sup>500</sup>.

Sena demora-se a descrever os meios de repressão que, à data, eram utilizados em Rilhafoles. No que se refere aos quartos fortes, refere que se destinavam à reclusão de alienados agitados e imundos, existindo na divisão masculina quatro quartos para doentes de todas as classes<sup>501</sup>.

Para a construção destes quartos fortes foram aproveitadas as abóbodas do rés-do-chão do antigo convento, limitadas por uma parede sólida de madeira. Estas não dispunham nem de esgoto nem de água e a porta era constituída por uma grade de ferro e, ainda, por uma porta de madeira. Esta dupla grade era bastante sólida e o autor apelidou-a de jaula<sup>502</sup>.

A mobília destes espaços era reduzida simplesmente a alguma palha que, ora se encontrava num monte, ora espalhada pelo chão do quarto, contribuindo assim para uma outra designação destes quartos: quartos de palha<sup>503</sup>.

Sena relata o momento da refeição de uma alienada enclausurada num destes espaços. Esta doente encontrava-se completamente nua e conspurcada de matérias fecais e foi-lhe servida como refeição uma sopa e uma laranja que esta colocou dentro da sopa. Salienta-se que Sena não considera que a doente tivesse grande agitação tendo comido de uma forma sossegada, embora com alguma sofreguidão<sup>504</sup>.

Um outro quarto forte, que Sena fez representar na sua obra, acolhia não um, mas três alienados perigosos, pelo simples facto de não existirem quartos suficientes para

---

*janela, que abrem sobre o corredor com pouca luz; tem mesas de madeira ordinária, com cobertura de zinco, em volta da casa e pelo meio; causa-me tristeza por ver os desgraçados alimentando-se em lugar tão sombrio e pouco confortável.* Idem, *ibidem*, p. 149.

<sup>500</sup> Apesar de não poder confirmar se as tabelas que regulamentavam a alimentação dos alienados eram cumpridas refere-nos que *não devo deixar de notar que, especialmente nas repartições dos agitados e imundos, todas as fisionomias denunciam uma pobreza orgânica e uma insuficiência da alimentação*. Relata ainda que, aquando de uma das suas visitas a Rilhafoles *estavam os alienados comendo cada um a sua taça de caldo, que me pareceu bem temperado, e um bocado de carne que vinha na mesma taça. Informaram-me de que em muitos dias a ração de carne é apenas uma amostra, reduzindo-se a refeição a caldo e pão. Em geral ao almoço e ceia têm chá.* Idem, *ibidem*, pp. 149-150.

<sup>501</sup> Idem, *ibidem*, p. 150.

<sup>502</sup> Idem, *ibidem*, p. 151.

<sup>503</sup> Sena elucida-nos nos seguintes termos: *o desgraçado vive na palha imunda para se resguardar do frio e distrai-se barrando as paredes e seu próprio corpo com os excrementos que vai produzindo!...* Idem, *ibidem*, pp. 151-152.

<sup>504</sup> Idem, *ibidem*, p. 152

proceder a um isolamento individual. Para evitar que incorressem em lutas, estes eram amarrados ao leito, que o alienista fez também representar<sup>505</sup>.

A esta forma de imobilização correspondia um elevado défice de higiene na medida em que os alienados faziam todas as suas necessidades vitais no leito, tornando o ar difícil de respirar, o que nem com a ventilação, que era proporcionada durante o dia, tinha resultados assinaláveis<sup>506</sup>.

A estas revisões, no mínimo peculiares, correspondiam cuidados de higiene que aparentemente seriam mais profundos que nas restantes divisões. Os doentes e o espaço seriam lavados diariamente ou de dois em dois dias. No entanto, em quartos que supostamente já se encontravam limpos, Sena deparava-se, por exemplo, com paredes sujas de fezes<sup>507</sup>.

Os quartos para agitados do sexo feminino continham por vezes uma janela e esgotos e dispunham de uma cubagem de 6,810 m<sup>3</sup> e a comida era introduzida por uma pequena abertura semilunar no fundo da porta de entrada<sup>508</sup>.

A cadeira forte era amplamente utilizada em Rilhafoles e Sena apelida-a de cadeira retrete. Esta ostentava, no centro do tampo, um orifício destinado às necessidades do alienado. No seu interior encontrava-se um recipiente onde eram recolhidos os excrementos e que era mudado periodicamente. O doente era imobilizado nas cadeiras pelos membros inferiores e, por vezes, também pelo tronco, permitido por dois pequenos buracos nas costas da cadeira<sup>509</sup>.

O autor atribui a introdução destes dispositivos em Rilhafoles a Bernardino António Gomes que as descreveu após as ter visto num hospital de Roterdão<sup>510</sup>.

Para ser colocado nestas cadeiras, ao alienado eram despidas as calças e às alienadas arregaçavam-se-lhes as saias. A ambos era então colocado o colete-de-forças antes de o doente ser imobilizado na cadeira<sup>511</sup>.

Sena considerava que, do ponto de vista de logística do serviço, era um meio cómodo de conter os doentes, pois estes apenas reclamavam a limpeza do vaso e a alimentação, não perturbando o serviço nem os empregados pois encontravam-se bem

---

<sup>505</sup> Idem, *ibidem*, pp. 152-154.

<sup>506</sup> Idem, *ibidem*, p. 155.

<sup>507</sup> Sena considerava que *desde que o sistema é clássico e perfeitamente adaptado, compreende-se que as enfermeiras já se vão habituando também àquela imundice, e não atuam com vigilância pelos cuidados de limpeza que são necessários*. Idem, *ibidem*, p. 155.

<sup>508</sup> Idem, *ibidem*, p. 156.

<sup>509</sup> Idem, *ibidem*, p. 157.

<sup>510</sup> Idem, *ibidem*, p. 157.

<sup>511</sup> Idem, *ibidem*, p. 158.

seguros. No entanto, este método era prejudicial para os alienados pois o contacto permanente com um foco imundo, bem como a compressão das coxas e nádegas nas extremidades do buraco da retrete, não contribuíam para uma boa saúde física do indivíduo<sup>512</sup>.

Paralelamente, relembra que com frequência os meios de repressão exaltavam os doentes, não constituindo assim qualquer meio terapêutico. Para agravar esta situação, Sena reporta casos em que, na agitação dos doentes, estes elevavam as pernas e as colocavam dentro da retrete<sup>513</sup>.

O autor considera existir uma forte relação entre o uso da cadeira forte e o surgimento de úlceras de pressão e a gangrena, em especial nas coxas e na região nadegueira, para as quais concorriam também as más condições de higiene gerais bem como uma provável alimentação insuficiente<sup>514</sup>.

Eram utilizadas peias que se colocavam nos membros inferiores, um pouco acima do tornozelo, limitando os movimentos do alienado. Em verdade, conseguia-se uma efetiva diminuição dos movimentos do doente, mas à custa de um elevado sofrimento por parte deste pois o desconforto que tal medida lhes provocava era gerador de uma descarga de força acumulada que por sua vez aumentava a constrição das veias do colo do pé provocando escoriações e posteriormente úlceras<sup>515</sup>.

A coleira ou gravata servia para diminuir os movimentos do colo impedindo que os doentes rasgassem a roupa com os dentes. Era feita de sola grossa e forrada de tecido nos locais que se encontravam em contacto com o corpo. Tinha ainda o inconveniente de diminuir a circulação sanguínea com o agravamento que podia prejudicar a circulação encefálica<sup>516</sup>.

O peitilho ou barbeiro era utilizado sobretudo em crianças para impedir que estas rasgassem com os dentes as suas roupas<sup>517</sup>.

---

<sup>512</sup> Idem, *ibidem*, pp. 158-159.

<sup>513</sup> As reflexões que Sena nos apresenta são elucidativas quanto à situação reportada. Considera assim que *a observação feita sobre a insuficiência da assistência faz-me pensar que aquele banho pouco confortável durará em Rilhafolles muito mais que qualquer banho higiénico ou terapêutico*. Idem, *ibidem*, pp. 159-160.

<sup>514</sup> É-nos relatado o caso de um *juiz de direito penando na cadeira forte. Se na vida de magistrado deixou de prestar aos loucos os socorros legais que a sociedade pôs em suas mãos, castigou-o amargamente a sorte, trocando-lhe a toga pela camisa-de-forças e a cadeira de magistrado pela cadeira forte em que vivia naquela época*. Idem, *ibidem*, p. 160.

<sup>515</sup> Idem, *ibidem*, pp. 160-161.

<sup>516</sup> Idem, *ibidem*, p. 62.

<sup>517</sup> Sena mostra-se muito crítico para com o uso deste instrumento considerando que *quanto mais útil seria soltar esta criança, lavá-la, deixar-lhe livres os movimentos, obriga-la ao trabalho metódico, que lhe servisse de ginástica e auxiliasse o desenvolvimento natural dos seus órgãos, suspenso acidentalmente, em lugar de prendê-lo assim, só com o pretexto de não estragar o fato e outros objectos*. Idem, *Ibidem*, p. 162.

A camisa ou colete-de-forças era o dispositivo que, de modo mais frequente, era utilizado em Rilhafoles e constituía *de todos os meios coercivos o mais necessário, indispensável e inofensivo*. A sua função consistia na proteção do doente e dos funcionários, não lhe estando alocado os inconvenientes presentes em outros meios de contenção, caso a sua utilização não fosse muito prolongada no tempo<sup>518</sup>.

São ainda usados como meios de coação, diversos laços feitos com tiras de pano forte, lençóis e correias, cujo objetivo era impedir os movimentos das pernas quando as peias se mostravam insuficientes<sup>519</sup>.

O autor considerava que o número de alienados sujeitos a estes meios, quando comparados com a totalidade da população, era reduzido e que das vezes que visitou Rilhafoles apenas por uma vez viu utilizadas as peias, a coleira e o peitilho. Já os quartos fortes e as cadeiras eram utilizados com maior frequência<sup>520</sup>.

Sena julgava, partilhando da opinião de Francisco Pulido Martins, que os alienados portugueses são menos perigosos que os franceses ou alemães, baseando-se nas visitas que realizavam a hospitais desses países, onde sofriam tentativas de agressão, o que não aconteceria em Rilhafoles. Esta observação serve para Sena condenar veementemente a utilização dos meios repressivos nos alienados portugueses, *em geral pacíficos ou com exaltação fugaz e sempre pouco perigosos*<sup>521</sup>.

Embora de forma implícita, Sena parece acreditar que o uso dos meios de repressão em Rilhafoles se devia, em parte, à incúria dos funcionários do hospital<sup>522</sup>.

Note-se que o hospital não dispunha de casa mortuária nem de rouparia ou depósito de roupas sujas, com os inconvenientes associados. Não existiam oficinas que em outros tempos eram responsáveis por um grande número de ocupação dos doentes<sup>523</sup>.

O abastecimento de água é tido como insuficiente. Até 1872 contava com 12 m<sup>3</sup> tendo sido este valor aumentado para 25 em 1881 e em 1883 rondava os 65 m<sup>3</sup>, que eram considerados insuficientes por Sena<sup>524</sup>.

---

<sup>518</sup> Idem, *ibidem*, p. 162.

<sup>519</sup> Idem, *ibidem*, pp. 162-163.

<sup>520</sup> Sena iliba o diretor da responsabilidade da necessidade da utilização destes meios questionando *o que há-de fazer o diretor daquela casa não tendo habitação conveniente para os seus doentes nem pessoal suficiente para prestar-lhes cuidados* Idem, *ibidem*, pp. 162-163.

<sup>521</sup> O autor considerava que tal facto é *bem explicável pela índole da nossa raça, naturalmente boa, sem os próprios de outros caracteres étnicos*. Idem, *ibidem*, p. 165.

<sup>522</sup> Nas suas palavras: *não deve esperar-se que os enfermeiros e ajudantes saibam patologia mental, mas devem conhecer os preceitos deduzidos das doutrinas que ela encerra e ensina*. Idem, *ibidem*, p.165.

<sup>523</sup> Idem, *ibidem*, p. 166.

<sup>524</sup> Idem, *ibidem*, p. 166.



Faz referência à aplicação da hidroterapia apresentando-nos as tabelas dos banhos administrados entre 1865 e 1871, não dispondo de dados para realizar a mesma estatística em 1883. É reportada a falta de registos regulares dos doentes onde constariam as alterações e medidas tomadas durante o internamento<sup>525</sup>.

No âmbito científico, Rilhafoles é considerado como uma nulidade, desde a sua fundação, que vai contra os ideais de Sena. Este alerta para a necessidade de importantes investigações no âmbito da anatomia e fisiologia dos centros nervosos que quando conjugada com a observação clínica podia produzir importantes descobertas<sup>526</sup>.

Em termos gerais, Sena mostra-se muito crítico para com as condições assistenciais existentes no Hospital de Rilhafoles, que pouco ajudavam no processo de cura dos alienados<sup>527</sup>.

Miguel Bombarda assume a direção do Hospital em Julho de 1892 e, no seu primeiro relatório, traça um quadro pormenorizado de Rilhafoles, que atesta o declínio acima mencionado.

Quando entramos na última década do séc. XIX, os alienados em Rilhafoles eram distribuídos por três unidades distintas entre si (o convento, o hospício das recolhidas e as barracas), cujo denominador comum eram as más condições arquitetónicas e sanitárias. O hospital, que havia sido concebido para albergar cerca de 300 doentes, contava com uma população superior a 500 indivíduos, com importantes consequências na dinâmica terapêutica<sup>528</sup>.

No antigo convento, edifício principal de Rilhafoles, encontravam-se 330 doentes (240 mulheres e 90 homens) que se distribuíam por diversas enfermarias. A sobrelotação agudizava os já existentes problemas sanitários, sendo frequente a inexistência de abastecimento de água nos pavimentos superiores. Estruturalmente, o estado de degradação interior era elevado, com pavimentos destruídos e paredes sem revestimento.

---

<sup>525</sup> Nesta matéria Sena responsabiliza a direção do hospital pois *é mister notar que não se dobrou a administração a uma necessidade imposta por circunstâncias invencíveis, bem ao contrário, porque em todos aqueles anos deu banhos a estranhos, vendendo muitos, custando muitissimo a conceber como uma administração venda água ao público de Lisboa, não tendo o suficiente para lavar os imundos e apaziguar a exaltação dos furiosos*. Idem, *ibidem*, pp. 167-168.

<sup>526</sup> Idem, *ibidem*, pp. 168-169.

<sup>527</sup> Sena considerava deste modo que *podemos sem ofender a verdade, afirmar que o hospital nacional de alienados em Rilhafoles é um depósito descoordenado dos desgraçados loucos que não têm meios de subsistência e que a polícia prende, e dos que não têm família que os queira e possa “sofrer”, no qual nem se presta, por impossível, assistência humanitária, reclamada pela infeliz situação dos desventurados loucos, e aconselhada e incitada pelos sentimentos mais elementares da humanidade e decoro público, nem se coligem, estudam e aproveitam os elementos científicos que podem enriquecer a ciência e servir de base à profilaxia mais conveniente para evitar, na medida possível, no desenvolvimento crescente das diferentes formas de alienação*. Idem, *ibidem*, pp. 169-170.

<sup>528</sup> Miguel Bombarda, *Op. cit.*, p.9.

Esta destruição era também perceptível exteriormente<sup>529</sup>. Neste edifício eram ainda depositados os doentes falecidos e procedia-se à realização de autópsias num espaço exíguo e sem nenhuma ventilação<sup>530</sup>.

O Hospício das Recolhidas, dotado ao abandono, encontrava-se em avançado estado de ruína e albergava, para além de 30 dementes e idiotas, alguns empregados inferiores de São José e Rilhafoles<sup>531</sup>.

Faziam parte de Rilhafoles dois pavilhões de madeira, construídos para fazer frente a uma ameaça epidémica, que viram a sua função primária alterada, acabando por constituírem abrigo para 140 doentes. Estas barracas, como Bombarda lhes chama, eram extremamente insalubres, fruto da sua construção em madeira, chão asfaltado e inexistência de revestimento interior<sup>532</sup>.

No que dizia respeito aos recursos humanos, estes eram tidos como deficitários, não só quantitativa, como também qualitativamente. A existência de apenas dois médicos, que se revezavam mutuamente na assistência a cerca de 530 doentes, tornava impraticável o cumprimento do regulamento geral que preconizava a observação diária de todos os doentes. Encontra profundamente instalados métodos e atitudes que não se coadunavam com a dignidade humana, sendo o alienado considerado quase como um animal e detetadas grandes lacunas no que dizia respeito à higiene dos doentes e ao arejamento das enfermarias. Também o asseio dos empregados é questionado e em muito influenciava a falta de higiene dos doentes<sup>533</sup>.

A ausência de separação dos alienados, de acordo com a sua enfermidade, constituía também prática comum em Rilhafoles no final do séc. XIX. Em conjunto com dementes e idiotas encontravam-se ainda doentes provenientes da penitenciária de Lisboa que representavam um real perigo para os restantes doentes e trabalhadores do hospital<sup>534</sup>.

---

<sup>529</sup> Bombarda descreve Rilhafoles nestes moldes: *em quartos com 6 metros de capacidade (...) passavam a noite tres e quatro doentes sem que uma frincha da acanhada janella, sem que uma fisga da porta, permittisse a sahida d'aquella atmospherá infectada por monstruosa mistura de cheiros repelentes*. Idem, *ibidem*, pp. 10-15.

<sup>530</sup> Nas palavras de Bombarda, *a instalação é de tal ordem que, durante o verão me foi preciso trazer a meza d'autopsias para o pateo e proceder aos exames cadavéricos ao ar livre*. Idem, *ibidem*, p. 14.

<sup>531</sup> O edifício é caracterizado como *um velho casarão, de soalhos podres e portas desconjunctadas, de tectos ausentes e paredes esburacadas*. Idem, *ibidem*, p. 9.

<sup>532</sup> O autor elucida-nos com a seguinte descrição: *de inverno o chão escorre água, o frio corta e de noite é necessário quasi sufocar os doentes debaixo de roupa para que possam resistir a uma quasi franca exposição atmosférica*. Idem, *ibidem*, p. 9-10.

<sup>533</sup> Idem, *ibidem*, p. 11.

<sup>534</sup> Miguel Bombarda considerava que *a distribuição dos doentes pelas diversas repartições era por assim dizer toda hypothetica*. Refere-se aos perigos que a convivência entre os alienados criminosos e os restantes doentes acarretava na medida em que os indivíduos tidos como mais perigosos *querem a todo o custo a sua liberdade, e não exitariam, dada a occasião, em assassinar os vigilantes que pretendessem oppôr se ás*

A iluminação das instalações era não só deficitária, como inadequada, pois esta era assegurada por lanternas de azeite e a gás o que, tendo em conta as características dos doentes de Rilhafoles, constituía um perigo de desastre eminente<sup>535</sup>.

O mobiliário era escasso e em más condições. O leito dos doentes, de ferro ou de madeira, facilitava o aparecimento de úlceras de pressão. Na cozinha a ausência de instrumentos era de tal modo sentida, que os doentes eram obrigados a fazer as suas refeições com as mãos<sup>536</sup>. A inexistência de uma farmácia e o reduzido número de instrumentos cirúrgicos era uma realidade que, de igual modo, preocupava Miguel Bombarda<sup>537</sup>.

O regulamento interno preconizava que os doentes se vestissem de modo uniforme. Os homens vestiam-se de azul e as mulheres de um tom quase preto, que, segundo Sena, lhes conferia um aspeto pesado. Um grande número dos doentes andava descalço, situação que se verificava com maior incidência no sexo feminino. Por outro lado, esta uniformidade não era respeitada, sendo frequente as famílias trazerem roupa aos doentes<sup>538</sup>.

Embora sendo reconhecido grande valor às diferentes terapêuticas através dos banhos, o balneário encontrava-se mal conservado e a pressão da água não era a mais adequada. Tal situação devia-se ao facto deste ter sido construído em terreno pouco sólido, que se encontrava saturado fruto das frequentes obstruções dos canos de esgoto<sup>539</sup>.

A alimentação dos doentes não era também a mais adequada. Embora as dietas dos alienados tivessem sofrido uma evolução positiva desde o primeiro regimento, em 1851, estas eram ainda marcadamente insuficientes, quer do ponto de vista nutritivo, quer quantitativo<sup>540</sup>.

Deparando-se com uma situação de tal modo deplorável, Bombarda propõe uma profunda reforma na dinâmica hospitalar. As medidas a promover teriam como objetivo restaurar a dignidade dos doentes internados, promovendo meios de tratamento adequados que há muito haviam sido abandonados em Rilhafoles<sup>541</sup>.

---

*suas tentativas de evasão.* Idem, *ibidem*, pp. 12-13.

<sup>535</sup> Idem, *ibidem*, pp. 16-17.

<sup>536</sup> Idem, *ibidem*, pp. 17-19.

<sup>537</sup> Idem, *ibidem*, p. 19.

<sup>538</sup> Idem, *ibidem*, pp. 19-21.

<sup>539</sup> Idem, *ibidem*, pp. 21-23.

<sup>540</sup> Idem, *ibidem*, p. 25.

<sup>541</sup> Bombarda pretendia levantar Rilhafoles a uma altura não sonhada anteriormente, embora tenha consciência que (...) acabarão por transformar Rilhafoles, não n'um hospital modelo, que nunca o poderá ser, mas em alguma coisa que corresponda ao fim a que se destina e em que mesmo um ou outro pormenor se não envergonhará de ser copiado. Idem, *ibidem*, p. 6.

As dificuldades em implementar os seus ideais não foram escassas. Comportamentos vincadamente inscritos no quotidiano, quer dos doentes, quer dos próprios empregados, criaram fortes obstáculos. A disponibilidade económica, bem como a dependência administrativa de São José constituíram também entraves à eficácia e eficiência das medidas que pretendia adotar.

Apesar de tudo, Miguel Bombarda vai ser responsável por variadas reformas ao nível das instalações, da mentalidade dos funcionários, das condições sanitárias e de higiene, dos cuidados hoteleiros, no ensino da Psiquiatria bem como na implementação de planos terapêuticos adequados<sup>542</sup>.

As reformas de Bombarda são ainda condicionadas por um importante fator: o número de doentes internados. Dimensionado inicialmente para pouco mais de 300 doentes, em 1892 eram mais de 500 os que se aglomeravam em todos os cantos de Rilhafoles, com consequente deterioração das condições terapêuticas. Importante era igualmente o facto de a maioria da população pertencer ao grupo dos indigentes.

Considerando desatualizadas as mensalidades pagas pelos pensionistas, estas vão ser revistas a 8 de Outubro de 1892, por proposta de Miguel Bombarda.

No domínio das instalações físicas do Hospital assiste-se a uma progressiva melhoria das condições fruto da construção de novos edifícios.

Em 1894 é inaugurado o edifício em forma de poste telefónico que iria permitir acolher cerca de 180 doentes. Caracteriza-se por ser, do ponto de vista arquitetónico, bastante simples, apresentava-se funcional pois era visível a preocupação com a separação dos doentes<sup>543</sup>.

Este edifício, cuja construção já se havia iniciado antes da administração de Bombarda e se arrastava penosamente há alguns anos, era constituído por três pavilhões paralelos entre si, atravessado central e perpendicularmente por um duplo corredor que tinha a dupla função de ligar os três pavilhões, ao mesmo tempo que os separava, formando deste modo 6 diferentes enfermarias. Projetado para acolher alienados de ambos os sexos, Bombarda vai insurgir-se contra esta pretensão, pois defendia a rigorosa separação entre os mesmos e considerava que naquele edifício tal não era possível. Qualquer defeito que o edifício apresentasse dispunha certamente de melhores condições que os barracões que se erguiam na quinta de Rilhafoles ou que o Hospício das

---

<sup>542</sup> Nas suas palavras pretendia empreender uma *reorganização sanitária, disciplinar, policial e administrativa*, Idem, *ibidem*, p. 5.

<sup>543</sup> Idem, *ibidem*, pp. 12-13.

Recolhidas. Assim, embora longe da perfeição, esta construção vai contribuir para uma importante melhoria nos cuidados prestados aos enfermos e permitiu terminar com os barracões cujas condições eram extremamente deficitárias<sup>544</sup>.

Nos escritos de Miguel Bombarda encontramos presente uma forte preocupação com os denominados alienados criminosos. Estes doentes, tidos como muito inquietos e perigosos, mostravam um forte desejo de liberdade. Para alcançarem os seus objetivos, planeavam fugas que dificilmente se concretizariam sem recorrer ao uso de violência e ao consequente derramamento de sangue. Os recursos humanos deficitários, associados a uma progressiva diminuição do uso de meios repressivos, tornava imperativo o reforço da vigilância dos doentes que não dependia de forma exclusiva do correto desempenho das funções dos vigilantes<sup>545</sup>.

Para concretizar a separação entre alienados perigosos e a restante população de Rilhafoles, Bombarda, juntamente com o arquiteto José Maria Napunoceno, vai projetar um pavilhão de segurança, cujas obras se iniciaram em Abril de 1893, terminando em Julho de 1896<sup>546</sup>. A rapidez da elaboração do projeto para o novo edifício justifica-se pela colaboração anterior entre Bombarda e Napunoceno que se haviam já cruzado aquando da construção do edifício da Escola Médico-Cirúrgica de Lisboa<sup>547</sup>.

A população que deveria ser acolhida no pavilhão de segurança, os designados alienados perigosos, era constituída quer por indivíduos condenados que desenvolveram patologia do foro mental durante a sua reclusão, quer por indivíduos denominados de inimputáveis, ou seja, que haviam cometido crimes encontrando-se doentes durante a execução dos mesmos<sup>548</sup>.

Por outro lado, Bombarda pretendia dispor destas instalações para acolher temporariamente doentes que se encontravam muito agitados pois constituíam um grande perigo para outros utentes e funcionários da instituição<sup>549</sup>.

Devido à grande incidência do sexo masculino de alienados perigosos, este novo edifício seria exclusivo para o mesmo. Os alienados perigosos do sexo feminino manter-

---

<sup>544</sup> Idem, *ibidem*, pp. 12-13.

<sup>545</sup> Idem, *ibidem*, pp. 12-13.

<sup>546</sup> Pedro Cintra, *Op. cit.*, p. 56

<sup>547</sup> Vítor Albuquerque Freire, *Panóptico, vanguardista e ignorado: o pavilhão de segurança do Hospital Miguel Bombarda*, Lisboa, Livros Horizonte, 2009, p.27.

<sup>548</sup> Idem, *ibidem*, p. 18.

<sup>549</sup> Miguel Bombarda, *Op. cit.*, p. 15.

se-iam nas restantes enfermarias para mulheres, devendo a sua vigilância ser mais apurada<sup>550</sup>.

A discussão sobre os alienados forenses encontrava-se na ordem do dia nos finais do séc. XIX. A lei de 4 de Julho de 1889 preconizava a construção de duas enfermarias, uma para cada sexo, para acolher os alienados perigosos. Estas enfermarias estariam integradas num novo hospital psiquiátrico a construir em Lisboa, com capacidade para 600 camas. Tal intenção reduziria Rilhafoles a um asilo de doentes crónicos sendo que os alienados passíveis de serem tratados encontrariam no novo Hospital meios para uma efetiva cura da sua patologia mental. Esta solução encontrava-se em consonância com a adotada pela Alemanha e Bélgica, onde se optou pela construção de enfermarias exclusivas para alienados criminosos em hospitais psiquiátricos<sup>551</sup>.

No entanto, dificuldades financeiras adiaram sistematicamente a criação da nova unidade de saúde (só viria a ser inaugurada na década de 40 do século seguinte) e os alienados perigosos continuaram a ser enviados para Rilhafoles, debilitando as restantes condições de segurança da restante população institucionalizada<sup>552</sup>.

O novo edifício, de características panóticas<sup>553</sup> foi baseado nos ideais do jurista e filósofo Britânico Jeremy Bentham que criou, em 1787, um complexo modelo de edifício circular onde a observação e controle das pessoas se tornaria mais eficiente e eficaz. Era um edifício composto por um corpo principal circular no qual se situam 20 celas individuais, seis dormitórios, casas de banhos, retretes e lavatório. Na zona intermédia da circunferência encontravam-se duas salas que desempenhavam as funções de refeitório e sala de reuniões. Destaca-se naturalmente o pátio de 32 metros de diâmetro, situado no centro do corpo circular do edifício, que permitia aos alienados deambularem livremente pelo dito espaço. No centro do mesmo encontrava-se uma torre de inspeção, denominada quiosque, onde um vigilante poderia ter conhecimento de todas as movimentações da população internada<sup>554</sup>.

Do edifício fazia ainda parte um corpo retangular, em estilo neoclássico, onde funcionavam as estruturas de apoio à enfermaria e através do qual era feito o acesso à unidade de internamento<sup>555</sup>.

---

<sup>550</sup> Vítor Albuquerque Freire, *Op. cit.*, p.23.

<sup>551</sup> Idem, *ibidem*, pp.18-21.

<sup>552</sup> Idem, *ibidem*, pp.18-22.

<sup>553</sup> Palavra de origem grega que significa visão total.

<sup>554</sup> Pedro Cintra, *Op. cit.*, pp. 56-58.

<sup>555</sup> Idem, *ibidem*, pp. 56-58. Note-se que a importância histórica e cultural deste edifício foi reconhecida com a classificação pelo IGESPAR, em 2010, juntamente com o Balneário de D. Maria II, como Conjunto

Estes dois novos edifícios não se afiguravam suficientes para acolher uma população cada vez maior de alienados. A solução passou pela construção de um novo edifício na cerca do Hospital com capacidade para acolher cerca de 200 doentes. Desta vez Bombarda teve um importante papel no planeamento do mesmo, utilizando os conhecimentos adquiridos ao visitar vários estabelecimentos de alienados na Europa<sup>556</sup>. Todavia, cedo se apercebe da impossibilidade de implementar em Rilhafoles todos os preceitos que havia observado, muito por culpa do reduzido espaço de que dispunha o que não permitia a construção de *chalets* dispersos pela mesma nem a ampliação da área destinada à produção agrícola. Assim sendo, não poderia ser muito diferente das anteriores construções<sup>557</sup>.

O novo edifício era constituído por dois blocos paralelos entre si, ligados por um outro bloco perpendicular a ambos, situado na extremidade oeste dos mesmos. A sua simetria permitia a instalação de quatro repartições perfeitamente iguais entre si (note-se a existência de dois pisos nesta nova construção). As instalações de apoio como os refeitórios, arrecadações, retretes, casa de banhos, lavatórios, habitação do enfermeiro e um quarto de isolamento situavam-se no edifício perpendicular às enfermarias, existindo cada uma destas facilidades para cada repartição<sup>558</sup>.

Com este novo edifício no antigo convento apenas se encontravam mulheres e pensionistas de 1.<sup>a</sup> e 2.<sup>a</sup> classe. Para estes Bombarda propõe a construção de *chalets*, referindo que representariam, por um lado, uma mais valia económica para Rilhafoles e, por outro, uma melhoria das condições para os alienados do sexo feminino que se encontravam nas instalações mais antigas do Hospital<sup>559</sup>. No entanto, tal nunca viria a suceder.

---

de Interesse Público. Atualmente constitui um núcleo museológico que alberga exposições permanentes e temporárias, em horário restrito.

<http://www.igespar.pt/pt/patrimonio/pesquisa/geral/patrimonioimovel/detail/323308/> [consultado em 11/05/2017]

<sup>556</sup> Bombarda publica vários relatos desta viagem na revista *Medicina Contemporânea* em 1894.

<sup>557</sup> Miguel Bombarda, “O Hospital de Rilhafoles e os seus serviços em 1900-1901”, in *A Medicina Contemporânea*, II Série, Vol. V, Lisboa, 1902, pp. 352-353.

<sup>558</sup> Bombarda descreve nestes termos cada uma das novas repartições: *constam, em primeiro lugar, de tres salas que servem para dormitorio e onde se alojam hoje, muito accumuladamente 49 doentes. (...) iluminado por tres das suas faces, com janellas amplamente rasgadas e provido da mais abundante ventilação*. Idem, *ibidem*, p.353.

<sup>559</sup> Idem, *ibidem*, p. 358.

A degradação do balneário D. Maria II justificou a sua reconstrução em 1894, tendo sido também instaladas duas guaritas de duche vertical e circular, bem como uma piscina<sup>560</sup>.

Bombarda promoveu ainda a construção de um edifício para acolher uma oficina de sapateiro, assim como um laboratório e uma casa mortuária com sala de autópsias<sup>561</sup>.

A construção de todos estes edifícios foi acompanhada pela edificação de espaços ajardinados, alamedas e telheiros, criando condições para que os doentes pudessem circular pelo hospital, respeitando inclusive a separação entre sexos<sup>562</sup>.

Uma das maiores dificuldades com que Bombarda se deparou na implementação das suas reformas diz respeito à mudança de mentalidades que tentou operar nos funcionários<sup>563</sup>. O uso de meios de brandura para com os doentes era já preconizado por Pinel desde o final do séc. XVIII e é repetidamente referenciado em relatórios elaborados pelos seus antecessores, frequentemente numa perspetiva de negar a existência de abusos, muitas vezes veiculados pela imprensa. No entanto, a verdade é que esses abusos existiam à data em que Bombarda assume a direção de Rilhafoles<sup>564</sup>.

De acordo com o regulamento publicado em 1851, o médico diretor tinha o dever de fiscalizar os restantes funcionários podendo agir em conformidade, quando necessário. A implementação de uma nova filosofia, assente numa relação mais tolerante com o doente, pela redução dos meios coercivos usados (em alguns casos uma completa eliminação dos mesmos nomeadamente em relação ao uso de cadeiras fortes, coleiras e prisões ao leito), parece realmente ter acontecido. Para tal houve necessidade de realizar vários despedimentos bem como, face à gravidade das circunstâncias, denunciar ao poder judicial dois funcionários<sup>565</sup>.

---

<sup>560</sup> Miguel Bombarda, *O Hospital de Rilhafoles e os seus serviços em 1892-1893*, *Op. cit.*, p. 15.

<sup>561</sup> Idem, *ibidem*, pág. 16.

<sup>562</sup> Bombarda diz-nos que, no início do séc. XX, Rilhafoles *com as suas ruas e recintos de passeio, transformou-se n'um bairro urbano*. Miguel Bombarda, “O Hospital de Rilhafoles e os seus serviços em 1900-1901”, *Op. cit.*, p. 353.

<sup>563</sup> Nas palavras de Bombarda: *preciso fazer sentir é a energia de que tive de me servir nos primeiros tempos de minha entrada, e que se traduziu por uma situação intorelavel para uma grande parte dos antigos empregados que ou se reformaram ou se despediram. O pessoal inferior de Rilhafoles passou por uma renovação quasi completa*. Miguel Bombarda, *O Hospital de Rilhafoles e os seus serviços em 1892-1893*, *Op. cit.*, pág. 61.

<sup>564</sup> A situação parece ser de tal modo grave que Bombarda diz: *não quero dizer o que sei e o que vi a este respeito*. Idem, *ibidem*, p. 61.

<sup>565</sup> Idem, *ibidem*, p. 61.



Apesar de referir uma completa alteração na relação entre empregados e doentes, não descarta a hipótese da continuação de existência de abusos face à impossibilidade de apenas uma só pessoa fiscalizar todos os funcionários durante todo o dia<sup>566</sup>.

A arbitrariedade com que os meios coercivos eram aplicados vai ser disciplinada, em conformidade com o regulamento de 1851, que preconizava que tal procedimento apenas pudesse ser levado a cabo pelo médico. Em situações excecionais o enfermeiro poderia também fazer uso de tais meios, tendo de dar conhecimento do sucedido ao médico num período máximo de 24 horas<sup>567</sup>. Esta questão ainda hoje é alvo de rigorosa legislação, mantendo-se no entanto, alguns princípios já existentes em 1851.

No plano dos recursos humanos, Bombarda verifica a falta de formação de muitos empregados e vai promover o ensino de enfermeiros e ajudantes, com a ajuda do seu colega Reis Stromp, a apreenderem noções básicas de pequena cirurgia e de assistência aos enfermos<sup>568</sup>.

Ainda no campo da formação, vai pela primeira vez promover a realização de cursos livres de Psiquiatria, que apenas surgiria como especialidade médica em Portugal no ano seguinte à sua morte. As suas frequentes publicações divulgaram também muitos dos resultados das investigações que patrocinava no laboratório que havia criado<sup>569</sup>.

Os salários dos funcionários em Rilhafoles eram mais baixos que os oferecidos em São José e no Hospital Conde Ferreira, no Porto. Esta situação era classificada como de grande injustiça pois as competências e funções eram semelhantes, justificando deste modo uma equidade salarial<sup>570</sup>.

A reconstrução do Balneário D. Maria II permitiu a instituição regular dos banhos aos doentes. Embora a sua importância, quer terapêutica, quer higiénica, já fosse muito reconhecida, é com Miguel Bombarda que estes se vão tornar rotina. Este facto é observável através do número de banhos de limpeza efetuados aos doentes. Embora no início do XX se observe uma diminuição do número de banhos, o seu elevado número pressupõe uma rotina dos mesmos. A falta de higiene dos empregados vai levar Bombarda

---

<sup>566</sup> Idem, *ibidem*, p. 62.

<sup>567</sup> Idem, *ibidem*, p. 63.

<sup>568</sup> O autor refere que *o Pessoal de enfermagem que encontrei em Rilhafolles era muito ignorante. Não se encontrava um só ajudante que soubesse aplicar uma injeção hypodermica, não se encontravam senão poucos que soubessem collocar uma ligadura ou fazer um penso*. Idem, *ibidem*, p. 62.

<sup>569</sup> J. F. Reis de Oliveira, "Miguel Bombarda: Reorganizador e Gestor de Rilhafoles", in PEREIRA, Ana Leonor, PITA, João Rui (coord.), *Miguel Bombarda 1851-1910 e as singularidades de uma época*, Coimbra, Imprensa da Universidade de Coimbra, 2006, p. 152.

<sup>570</sup> Miguel Bombarda, *O Hospital de Rilhafoles e os seus serviços em 1892-1893*, *Op. cit.*, pp.60-61.

também a instituir a obrigatoriedade dos mesmos, que foram também executados em elevado número<sup>571</sup>.

Desde o primeiro relatório que vai elaborar, é notória a sua preocupação com a possibilidade de instalação de doenças infecciosas nas enfermarias e o provável surgimento de epidemias. A construção dos novos edifícios bem como de latrinas vai em muito melhorar as qualidades de higiene em Rilhafolles, o que se vai traduzir numa diminuição da taxa de mortalidade<sup>572</sup>.

Contrariando uma tendência decrescente, os anos de 1903/1904 e 1906/1907 vão registar taxas de mortalidade extremamente altas que se deveram à existência de uma epidemia de enterite. Bombarda empreendeu uma série de medidas como a desinfecção dos diferentes espaços. Esta parecia produzir pouco efeito, sendo o contágio dificilmente evitado no interior das enfermarias. É perceptível alguma frustração em Bombarda pelo facto de tais medidas não surtirem o efeito desejado. No entanto, a evolução científica começa a admitir a existência de outras formas de contágio para além do contacto direto entre doentes, nomeadamente através das moscas, fazendo com que autor tome novas medidas profiláticas neste campo<sup>573</sup>.

A importância da ocupação pelo trabalho, transversal nas preocupações de antigos diretores, inclusive das enfermarias de alienados de São José, vai encontrar em Bombarda um fervoroso seguidor, o que justifica a adoção de uma série de medidas.

A construção de uma oficina de sapateiro vem juntar-se às outras oficinas existentes nomeadamente de costura e engomadoria. Os doentes encontravam também forma de se ocupar auxiliando na cozinha, nas limpezas das instalações e, sobretudo, na quinta de Rilhafolles<sup>574</sup>.

Era na quinta que a maioria dos alienados, cuja patologia não os impedia de trabalhar, encontrava ocupação. Tal facto devia-se em parte à natureza do trabalho de campo que exigia grande mão-de-obra e por outro, grande parte da população internada tinha ocupação laboral agrária. A importância da quinta é também observável pelos rendimentos que dela se extraíam bem como pelo facto de prover a cozinha de produtos frescos<sup>575</sup>.

---

<sup>571</sup> Idem, *ibidem*, p. 30.

<sup>572</sup> J. F. Reis de Oliveira, *Rilhafolles e a acção do Professor Miguel Bombarda*, Lisboa, Ramos, Afonso & Moita, 1983. p. 23.

<sup>573</sup> Miguel Bombarda, "O Hospital de Rilhafolles e os seus serviços em 1904-1905", in *A Medicina Contemporânea*, II Série, Vol. IX, Lisboa, 1906, p.364.

<sup>574</sup> Miguel Bombarda, *O Hospital de Rilhafolles e os seus serviços em 1892-1893*, *Op. cit.*, p.48.

<sup>575</sup> Idem, *ibidem*, p. 48.

Bombarda vai propor insistentemente a compra por parte do Estado da quinta de Borba, anexa a Rilhafoles, que permitiria uma amplificação dos terrenos de cultivo, mostrando que seria de grande proveito, quer para os doentes, quer para a própria instituição, pois o rendimento proveniente da quinta iria aumentar. Após a visita que faz às instituições que acolhiam alienados na Europa, vai reforçar esta opinião. Porém, os seus desejos não são atendidos e, em 1904, começa a erguer-se nos supracitados terrenos o bairro de Camões. Note-se ainda que a construção de diversos edifícios na cerca de Rilhafoles determinou progressivamente a diminuição da área cultivável<sup>576</sup>.

É de referir que não era consensual entre os doentes a necessidade de trabalhar. Estes, alegando estarem doentes, recusavam-se a desenvolver determinadas atividades, não compreendendo os efeitos terapêuticos que poderiam obter de tais atividades. Bombarda institui assim um conjunto de incentivos aos trabalhadores, não em dinheiro, mas sim em géneros: os homens tinham direito a tabaco e as mulheres a bolos<sup>577</sup>.

A percentagem total dos doentes que exercia algum tipo de atividade foi bastante variável, nunca sendo superior a 30,9% da população, o que se traduz num grande número de doentes que diariamente não dispunham de qualquer tipo de ocupação<sup>578</sup>.

Também no campo da hotelaria, Bombarda vai protagonizar profundas alterações. Novas mobílias e instrumentos mais funcionais vão ser adquiridos, inclusivamente para a cozinha do hospital, bem como as alterações introduzidas na alimentação dos doentes e dos funcionários. Mantém o uso do uniforme em todos os doentes embora mude as cores dos mesmos, optando por cores mais claras que produziriam um efeito psicológico mais positivo nos alienados<sup>579</sup>.

### 1.3.3 – A assistência noutras instituições de acolhimento a alienados

A existência de apenas um hospital específico para acolher alienados em Portugal era manifestamente insuficiente para acolher todos os indivíduos que necessitavam de auxílio, sendo por isso acolhidos noutras instituições ou mesmo em cadeias.

No Hospital de Santo António eram acolhidos alienados, embora Sena considere que alguns dos doentes aí recebidos poderiam não ser incluídos nesta classificação

<sup>576</sup> J. F. Reis de Oliveira, *Rilhafoles e a acção do Professor Miguel Bombarda*, Op. cit., p. 18.

<sup>577</sup> Miguel Bombarda, *O Hospital de Rilhafoles e os seus serviços em 1892-1893*, Op. cit., p.50.

<sup>578</sup> J. F. Reis de Oliveira, *Rilhafoles e a acção do Professor Miguel Bombarda*, Op. cit., p. 18.

<sup>579</sup> Idem, *ibidem*, pp. 24-25.

nosológica. Tal circunstância derivava do facto de não existirem quaisquer formalidades para a sua receção exceto a sua responsabilização por parte de alguém das despesas inerentes ao seu internamento, contrariando o decreto de 7 de Abril de 1851 que considerava obrigatória a existência destas mesmas condições<sup>580</sup>.

Os cuidados aqui ministrados eram tidos por insuficientes e ocorriam em duas enfermarias no subsolo (o porão) e em dois sótãos que nunca haviam sido destinados para acolher doentes. Neste existiam cubículos de ripa, pintados de branco, semelhantes aos quartos de palha de Rilhafoles. Aqui eram acolhidos doentes inquietos e imundos ainda que o autor constataste que se encontravam ao abandono<sup>581</sup>.

Quando Sena visitou estas enfermarias, na do sexo masculino encontravam-se 9 doentes sem qualquer empregado naquele serviço. Aí deparou-se com um indivíduo tido como muito inquieto, que se encontrava nu, rodeado de toda a espécie de imundice e o cheiro era nauseabundo<sup>582</sup>.

A localização destas enfermarias no subsolo não favorecia a sua ventilação que, no inverno, apenas poderia ser feita pela porta da entrada, que se encontrava maioritariamente fechada devido ao risco de fuga dos doentes. A falta de ventilação, associada às características imundas da população residente, fomentava a existência de patologias infecciosas como o caso do escorbuto que deflagrou em 1882 e afetou todos os doentes sob diversas formas<sup>583</sup>.

Sena considera que para a existência desta epidemia muito contribuiu a passagem de um cano de esgoto das latrinas dos pisos superiores junto à entrada da enfermaria que são denunciados por manchas nas paredes, fruto de infiltrações ou talvez de rutura dos canos<sup>584</sup>.

As instalações destinadas às mulheres eram mais pequenas embora a população fosse o dobro. Os utensílios que se encontravam nestas enfermarias limitavam-se a um aparelho para duches e a instrumentos que constituíam os meios de repressão<sup>585</sup>.

---

<sup>580</sup> Sena refere que *tão descurado de inspecção por parte da autoridade tem vivido este estabelecimento*. António Maria de Sena, *Op. Cit.*, pp. 170-171.

<sup>581</sup> A descrição que o autor faz da mobília das enfermarias é elucidativa: *uma pouca de palha sobre o sobrado, uma manta velha, quanto muito, e assim ficava completa a mobília confortável das bestiais criaturas que lá metiam*. Idem, *ibidem*, p. 171.

<sup>582</sup> O autor recorda nestes termos esta visita: *aberta a porta levantou-se um homem completamente nu confundido e escoriado em várias partes do corpo, magro, cadavérico pronunciando palavras incompletas e sem nexos, em suma, a pintura fiel de um demente pessimamente tratado*. Idem, *ibidem*, p. 172.

<sup>583</sup> Idem, *ibidem*, p. 173.

<sup>584</sup> Idem, *ibidem*, pp. 173-174.

<sup>585</sup> Sena descreve o aparelho para duches como *uma cadeira, suja e velha, sobre a qual está colocado um cilindro também de madeira, que parece ser metade de uma pipa usada, por cima da qual se acha um tubo*

Os aparelhos de repressão existentes procuravam fixar o alienado ao leito ou prender-lhes as pernas e os braços. O primeiro parece que há muito que não era empregado e fazia já parte do museu do Hospital Conde de Ferreira. Já o outro continuava a ser utilizado, podendo observar-se em alguns doentes vestígios nos pulsos da sua aplicação<sup>586</sup>.

Sena tece duras críticas à Misericórdia do Porto, que geria o HSA, considerando existir uma desvirtuação da sua génese assistencial aos mais desfavorecidos em favor de indivíduos que procuram o enriquecimento. Julga ainda que a mesma dispunha de condições económicas para prestar um melhor serviço aos alienados e que não cumpria as disposições testamentárias de António de Sousa Lobo que em Setembro de 1867 havia doado 16 contos *para a sustentação das enfermarias de alienados* e tal verba teria sido gasta em despesas correntes<sup>587</sup>.

Tece também considerações sobre um novo paradigma de função hospitalar onde a sustentabilidade económica adquiriria uma função proeminente<sup>588</sup>.

Nos outros hospitais nacionais eram acolhidos poucos alienados pois vigorava uma *repugnância geral para com eles* e as Misericórdias não cumpriam as leis do Reino, recusando-se frequentemente a aceitar estes doentes<sup>589</sup>.

É reportada a existência de casas de saúde, mantidas por particulares que apenas acolhiam clientes pertencentes a famílias abastadas considerando Sena que *não há no país casa alguma instalada em condições para uma tal assistência*<sup>590</sup>.

As casas existentes não haviam sido construídas para o fim de acolher alienados nem parece ser elevado o interesse dos particulares em construí-las, pois o lucro que daí advinha era reduzido e fruto da convicção vigente e cerrada de que *um alienado é um ser perdido, por incurável*<sup>591</sup>.

---

*de chumbo que conduz a água, tal é o aparelho tão primitivo e pobre, que custa a crer que pertença a uma corporação tão rica como a misericórdia do Porto.* Idem, *ibidem*, p. 174.

<sup>586</sup> Idem, *ibidem*, pp. 174-175.

<sup>587</sup> Estas críticas tornam-se implícitas e generalizadas quando refere que *assim eram tratados os desgraçados loucos recolhidos no mais rico hospital do país – casa da caridade dirigida sobre a influência da divina misericórdia.* Idem, *ibidem*, pp. 175-177.

<sup>588</sup> Idem, *ibidem*, pp. 176-177.

<sup>589</sup> Sena acaba por criticar fortemente a Igreja pelas falsas crenças instituídas na sociedade onde *os alienados eram possesores do diabo que deveriam curar-se com exorcismos, e não doentes.* Conclui deste modo que *extinguiam-se as fogueiras, eliminou-se o açoite, quebraram-se os ferros, abriram-se os cárceres, mas resta o terrível preconceito do desprezo.* Idem, *ibidem*, p. 178.

<sup>590</sup> Idem, *ibidem*, p. 180.

<sup>591</sup> Idem, *ibidem*, p. 180.

Outro motivo que concorria para a baixa adesão a casas de saúde privadas prendia-se com a quantia exorbitante pedida às famílias que rondava os 3\$000 a 4\$500 réis diários. Esta soma podia justificar-se pelo facto destes doentes serem extremamente incómodos pelo que as famílias não tinham outra solução senão aceitar os valores pedidos. Por outro lado, Sena considerava que desejavam *deste modo afastar os concorrentes*<sup>592</sup>.

Sena terá visitado um indivíduo diferenciado numa casa de saúde onde pagava 4\$500 réis diários e encontrou-o imobilizado ao leito *ensopado nos líquidos e sólidos que excretava, metia dó ver este homem que era inteligente e bom, assim crucificado numa cruz imunda*<sup>593</sup>.

Sena mostra-se assim muito crítico para com os cuidados prestados nestas casas de saúde particulares, propondo que, aquando da organização dos serviços de assistência a alienados, fossem eliminadas por completo<sup>594</sup>.

Outros alienados eram recolhidos em cadeias, um pouco por todo o país, sendo a autoridade administrativa ou policial os responsáveis pelo seu envio para estes locais<sup>595</sup>.

A permanência de loucos nas cadeias não era aconselhada por Sena pois neste ambiente e regime as condições internas de moléstia eram potenciadas e a incurabilidade da doença seria reforçada. Aqui o regime alimentar era igual ao dos presos o que contradizia as recomendações dos alienistas que apregoavam uma alimentação sadia e abundante afim de reparar *as forças gastas no debate contínuo dos aparelhos orgânicos cujo repouso é uma regra impossível*<sup>596</sup>.

Sena terá visitado em 1882 dois alienados na prisão do Porto, fazendo referência às condições deploráveis do indivíduo do sexo masculino, confidencia que o alienado se encontrava em melhores condições embora tivesse por companhia *prostitutas matriculadas e mal procedidas*<sup>597</sup>.

Existiam ainda alienados que vagueavam pelas ruas e pelas praças que *geralmente alegres são o divertimento do povo ignorante que mal compreende o seu estado e sofrem*

---

<sup>592</sup> Idem, *ibidem*, p. 184.

<sup>593</sup> Idem, *ibidem*, p. 185.

<sup>594</sup> Idem, *ibidem*, pp. 185-186.

<sup>595</sup> Sena mostra-se profundamente crítico quanto ao modo como os alienados eram tratados nas cadeias refutando também o seu envio para estes espaços referindo que *eu, pelo menos, se pudesse escolher, antes queria os bolos de estricnina que a cadeira forte de Rilhafoles ou a habitação por dias em muitas das nossas cadeias. É realmente repugnante que ali vão colocar os desventurados dos loucos, os únicos seres incapazes de ser criminosos*. Idem, *ibidem*, pp. 186-187.

<sup>596</sup> Idem, *ibidem*, p. 187.

<sup>597</sup> Neste âmbito, Sena mostra-se irónico quando nos diz que estes alienados *foram um pouco compensados, contudo, ao menos hoje no silêncio da demência tranquila são bem alimentados e andam mais limpos que a própria polícia que os meteu na prisão. Vivem no Hospital do Conde de Ferreira*. Idem, *ibidem*, p. 188.

*as indemnências próprias do vagabundo. Fala delas às vezes a imprensa quando falta matéria para uma local*<sup>598</sup>.

Outros alienados ainda viviam em família, que não raras as vezes os explorava, sendo a sua maioria mal compreendidos e pouco estimados. Raramente eram observados pelo médico, excetuando nos casos de moléstia intercorrente<sup>599</sup>.

As referências dos alienistas mais conceituados no final do séc. XIX e inícios do séc. XX à assistência prestada a alienados pela Ordem Hospitaleira de São João de Deus na Casa de Saúde do Telhal parecem-nos escassas. Recorde-se que o Telhal abriu portas em 1893, nos arredores de Lisboa e acolhia alienados do sexo masculino. São ainda parcas as menções à Casa de Saúde da Idanha, da responsabilidade das Irmãs do Sagrado Coração de Jesus, que recebiam alienados do sexo feminino desde o final do séc. XIX<sup>600</sup>.

As referências que os autores fazem a estes estabelecimentos vão, sobretudo, no sentido de ambos possuírem condições para receber mais alienados, sendo frequentemente proposta a transferência de alguns doentes dos dois principais hospitais para estas instituições com o objetivo de desacumular os primeiros. Magalhães Lemos refere que, em 1908, embora a Casa de Saúde do Telhal estivesse cheia, a da Idanha apresentava 112 doentes, podendo receber até 150 doentes<sup>601</sup>. Também Sobral Cid, quando na década de 20 do séc. XX procura soluções para prover face à acumulação de doentes no Manicómio Bombarda, propõe que o Estado envie para o Telhal e Idanha doentes por conta da Assistência pública, subsidiando estes estabelecimentos proporcionalmente ao número de alienados que recebiam<sup>602</sup>. Mais tarde, em 1927, volta a insistir neste projeto, sempre com o objetivo de diminuir a sobrelotação do manicómio lisbonense<sup>603</sup>.

---

<sup>598</sup> Idem, *ibidem*, p. 188.

<sup>599</sup> A permanência dos alienados em muitas famílias é severamente criticada por Sena pois *todos conhecem os abusos de que são objecto os alienados que vivem em família, muitas vezes encerrados em cárceres mais hediondos que os que tenho descrito*. Idem, *ibidem*, pp. 189-190.

<sup>600</sup> Para uma história cabal da Casa de Saúde do Telhal veja-se Aires Gameiro, *Casa de Saúde do Telhal : 10º Centenário, 1893 -1993: documentos históricos e clínicos*, Telhal, Editorial Hospitalidade, 1993.

<sup>601</sup> Magalhães Lemos, *Op. cit.*, pp. 9-10.

<sup>602</sup> José de Matos Sobral Cid, “A clínica psiquiátrica de Lisboa”, in *Obras de José de Matos Sobral Cid*, II Vol., Lisboa, Fundação Calouste Gulbenkian, 1ª edição em 1925, p. 29.

<sup>603</sup> José de Matos Sobral Cid, “Reforma e actualização da assistência psiquiátrica em Portugal”, *Op. cit.*, pp. 106-107.

### 1.3.4 – Considerações estatísticas e legislativas

A situação dos alienados em Portugal no final do séc. XIX foi alvo de estudo por parte de António Maria de Sena que procurou conhecer a sua real situação para que fosse possível produzir legislação assente em bases sólidas que protegesse os alienados, não só por deveres humanitários como também por *verdadeiro interesse nacional*. Neste âmbito vai estudar a verdadeira extensão da moléstia bem como a sua repartição pelas diferentes classes sociais.

O autor promoveu, então, a realização de um inquérito estatístico, enviando, em Julho e Agosto de 1881, aos médicos de todos os concelhos do Continente, exceto Lisboa, Coimbra e Porto uma circular onde dava conta do seu objetivo de proceder a um recenseamento geral dos alienados no país, solicitando o preenchimento de uma tabela, podendo também juntar observações várias que considerassem pertinentes<sup>604</sup>.

A missiva foi enviada a 500 médicos sendo que em Novembro apenas tinham respondido 35, dos quais apenas oito mostravam interesse e zelo pelo trabalho<sup>605</sup>.

Optou então Sena por enviar nova carta a *rogar-lhe o particular favor de enviar-me a tabela que lhe mandei, na certeza de que registarei com fidelidade o auxílio que v. ex. me prestar nesta obra de muita importância social e científica*<sup>606</sup>.

Até Fevereiro de 1882 foi possível organizar estatísticas de mais de 60 concelhos considerando este autor insuficiente tendo em conta as mais de 1000 circulares enviadas<sup>607</sup>.

Em Março de 1882 opta por dirigir-se aos governadores civis de cada distrito expondo os objetivos do seu trabalho, queixando-se que *infelizmente poucos dos meus colegas quiseram colaborar comigo neste trabalho humanitário e científico*. Apela assim aos governadores civis auxílio para o preenchimento da tabela relativa aos concelhos dos quais ainda não obteve informação, solicitando que tais registos fossem enviadas até 15 de Maio. Nem todos os governadores civis se dignaram a responder e, após nova tentativa em Julho, apenas o representante de Lisboa não respondeu<sup>608</sup>.

<sup>604</sup> Sena auto legitima-se para a realização deste estudo tendo em conta que *a alienação mental é uma doença e, como tal, só pelo médico pode ser estudada*. António Maria de Sena, *Op. cit.*, pp. 214-217.

<sup>605</sup> Idem, *ibidem*, p. 218.

<sup>606</sup> Idem, *ibidem*, p. 218.

<sup>607</sup> Idem, *ibidem*, p. 218.

<sup>608</sup> Idem, *ibidem*, p. 219.



O coeficiente médio calculado pelo alienista não tinha em conta as especificidades locais pelo que o próprio considera ser de pouca validade. Para um estudo mais viável seria necessário contemplar, por exemplo, as diferentes condições de alimentação, de atmosfera e dos próprios ideais das populações dando como exemplo a existência de boas escolas e de padres que não formulassem *exagerações mórbidas*. Refere, como característica diferenciadora, a má influência dos brasileiros que regressavam ao Minho e que, já velhos, acabavam por constituir família ao *produzir quadros patológicos, nos quais figurava a loucura*<sup>609</sup>.

Um outro exemplo que Sena nos fornece diz respeito ao coeficiente de alienação encontrado numa freguesia do concelho de Vila Real na ordem de 1/211, significativamente mais elevado quando comparado com outros coeficientes. O alienista procura uma justificação para este dado e considera que se deve a características particulares, nomeadamente o fato de estar perante uma localidade muito pobre, onde impera o fanatismo e, conseqüentemente, são raras as famílias que procuram ajuda médica, optando por recorrer a benzedeiros e a padres, o que potenciava a doença<sup>610</sup>.

A maior parte dos alienados era dado como indigente e Sena refere que este dado *é explicável por ser a população indigente mais acessível ao médico e à autoridade para esta análise. Uma grande parte da população não foi estudada*<sup>611</sup>.

No distrito do Porto encontravam-se um total de 287 alienados. Sena, calculando o coeficiente de alienação médio dos concelhos melhor estudados, afirma que o verdadeiro número de alienados neste contexto era de 670<sup>612</sup>.

Estas reflexões são transversais na análise dos resultados dos restantes distritos onde poucos são os concelhos que se podem apelidar de bem estudados, incorrendo o coeficiente médio em diversos erros<sup>613</sup>.

---

<sup>609</sup> Idem, *ibidem*, pp. 223-224.

<sup>610</sup> Idem, *ibidem*, p. 230.

<sup>611</sup> Idem, *ibidem*, p. 224.

<sup>612</sup> Mesmo assim, Sena vai considerar que este número se encontra abaixo da realidade. Idem, *ibidem*, p. 223.

<sup>613</sup> Em Braga calculou o coeficiente médio de 1 / 850, o que originava 388 doentes em todo o distrito; em Viana do Castelo seria de 1 / 650, totalizando 323 alienados; em Vila Real 1 / 1076 configurando 218 doentes; em Aveiro 1 / 860 perfazendo 315 alienados; em Leiria 1 / 632 contabilizando no total 316 alienados; em Coimbra calculou o coeficiente médio em 1 / 810 existindo então no distrito 381 alienados; em Santarém seria de 1 / 496 totalizando 460 indivíduos; em Lisboa 1 / 408 num total de 1282 alienados; em Évora 1 / 712 totalizando 161 alienados; em Viseu 1 / 1383 perfazendo 291 doentes; em Portalegre 1 / 831 num total de 134 alienados; na Guarda 1 / 729 totalizando 326 doentes; em Castelo Branco 1 / 935 no total de 192 alienados; em Faro 1 / 1231 totalizando 167 doentes e em Bragança 1 / 1803 num total de 162 alienados. Idem, *ibidem*, pp. 224-251.

Frequentemente os números apresentados diziam respeito a apenas algumas freguesias dos concelhos pois, embora tivessem conhecimento da sua existência, os facultativos não conseguiam contabilizar os alienados<sup>614</sup>.

Um dos médicos do distrito de Aveiro alude às dificuldades em se obter uma estatística rigorosa. Afirma ser pouco próprio para um médico deslocar-se de terra em terra em busca das informações solicitadas que, a serem recolhidas, seriam incompletas ou erradas pois as famílias tentavam ocultar a existência destes doentes. Daqui se depreende que o trabalho do médico seria incompleto e ingrato<sup>615</sup>.

Outro médico referiu que não podia deslocar-se a todas as localidades pelo que algumas informações foram prestadas pelos párocos das diferentes freguesias<sup>616</sup>.

No cômputo geral foram reportados 1543 casos de alienação (947 homens e 596 mulheres), tendo Sena calculado o coeficiente de alienação mental em 1/724 indivíduos, considerando existirem em Portugal 5999 alienados<sup>617</sup>.

Tentou obter os dados estatísticos do Hospital de Rilhafolles, mas o Enfermeiro-Mor de São José não atendeu ao seu pedido e o autor mais uma vez crítica as condições do estabelecimento que impediam a organização dos dados estatísticos<sup>618</sup>.

Apesar dos esforços, as muitas lacunas existentes no estudo mostram *a improbabilidade de ser este o número próximo, sequer, da verdade*. Ainda assim, pode deduzir-se, que à data da recolha destes dados *a alienação mental afetava pelo menos um individuo em cada grupo de 724*<sup>619</sup>.

Comparando esta estatística com a do Dr. Pulido em 1851 (1/1725) e do Dr. Abranches em 1870 (1/1271) poderíamos afirmar que a população de alienados em Portugal teria aumentado substancialmente nos últimos 50 anos. Embora Sena considere que *não faltaria quem se fundasse em tal proposição para filiar na rápida decadência da nossa raça a pouca importância histórica que nos coube na civilização fecunda do séc. XIX*, considera esta conclusão é inválida pois não se podem comparar resultados que na sua essência são heterogêneos<sup>620</sup>.

Neste estudo, Sena tentou encontrar circunstâncias que possam influir na génese da loucura. Considera que a densidade populacional é favorável ao desenvolvimento da

---

<sup>614</sup> Idem, *ibidem*, p. 232.

<sup>615</sup> Idem, *ibidem*, p. 233.

<sup>616</sup> Idem, *ibidem*, p. 239.

<sup>617</sup> Idem, *ibidem*, p. 251.

<sup>618</sup> Idem, *ibidem*, p. 252.

<sup>619</sup> Idem, *ibidem*, p. 252.

<sup>620</sup> Idem, *ibidem*, p. 253.

alienação, não pelo simples facto de estarmos perante um maior aglomerado de pessoas, *mas sim pelas circunstâncias que com elas estão ligadas*<sup>621</sup>.

Sena procurou perceber se a quota tributária, ou seja, a riqueza individual, apresentava alguma relação com a alienação mental em Portugal, o que não acontecia noutros países<sup>622</sup>.

O autor faz uma representação gráfica da densidade da população, quota tributária e os coeficientes de alienação nos 17 distritos do continente do Reino. Após a leitura do gráfico que elabora, conclui que Lisboa é o distrito mais desfavorecido em termos de alienação mental, o que vai em linha com os outros estudos em outros países onde nas capitais existe menor número de alienados. Nos distritos de Santarém e Leiria encontravam-se poucos alienados, situação justificada pela sua proximidade geográfica a Lisboa<sup>623</sup>.

No que dizia respeito ao sexo dos alienados, dos 1543 indivíduos domiciliados, 947 eram homens e 696 mulheres. Estes números não vão ao encontro dos resultados apurados em Rilhafol onde a população estava dividida quase em 50 % relativamente ao sexo. Sena justifica a maior incidência de alienados do sexo masculino no seu estudo pelo facto de grande *número de alienados serem mendigos e vagabundos, e esta classe é quase toda representada pelo sexo masculino*. No entanto, estes dados são insuficientes para estabelecer uma lei de prevalência de alienados segundo o sexo<sup>624</sup>.

Relativamente à posição social dos alienados 1047 eram pobres, 317 remediados e 117 tidos como ricos<sup>625</sup>.

Em relação ao estado civil dos alienados, 1116 eram solteiros, 193 casados e 70 viúvos. Geralmente acreditava-se que os solteiros são mais permeáveis à alienação mental ainda que seja necessário ter em conta a relação entre o número de solteiros e o número de casados e perceber se *os alienados solteiros são alienados por serem solteiros, ou solteiros por serem alienados*. Por norma, os idiotas em geral não casavam, exceto uma minoria muito rica. Atendendo a todas estas variáveis, Sena considera que não era possível retirar qualquer conclusão relativamente a esta variável<sup>626</sup>.

---

<sup>621</sup> Idem, *ibidem*, p. 256.

<sup>622</sup> Idem, *ibidem*, p. 256.

<sup>623</sup> Idem, *ibidem*, pp. 256-257.

<sup>624</sup> Idem, *ibidem*, pp. 258-259.

<sup>625</sup> Idem, *ibidem*, p. 260.

<sup>626</sup> Idem, *ibidem*, pp. 261-262.

No que diz respeito à sua profissão, 1/3 dos alienados eram agricultores, criados ou mendigos, ou seja, *acham-se entre nós em condições de vida difíceis, e por isso próprias para o desarranjo mental*<sup>627</sup>.

No âmbito das formas nosológicas encontradas, nem todos os alienados foram classificados e os que o foram refletem a falta de estudo de patologia mental dos clínicos<sup>628</sup>. Segundo os médicos que responderam ao questionário, predominava a idiotia, a mania, a monomania, demência e imbecilidade, tendo apenas sido apurados dois casos de melancólicos e nenhum caso de paralisia geral<sup>629</sup>.

Analisando a evolução operada no plano legislativo, é possível retirar conclusões no que se refere ao desenvolvimento da mentalidade portuguesa face à questão dos alienados. Sena refletiu ainda sobre as leis existentes considerando que se revestiam sobretudo de carácter administrativo ou reguladoras das admissões no Hospital de Rilhafoles<sup>630</sup>.

O código administrativo concedia ao administrador do concelho o dever de impedir a vagabundagem dos alienados, devendo auscultar com Rilhafoles a existência de vagas na instituição para um possível internamento. Caso este não existisse, frequentemente o alienado ia para a cadeia ou, *se é alegre e diverte, pode continuar a vida de pária sem juízo*<sup>631</sup>.

Sena mostra-se muito crítico para com estas disposições que concediam ao administrador do concelho poderes em tudo semelhantes aos dos oficiais da lei. No entanto, sob estas autoridades recaía tradicionalmente o dever de colher votos, sacrificando a beneficência para questões secundárias<sup>632</sup>.

No Código Civil deviam observar-se disposições relativas à incapacidade por demência. Sena insurge-se contra a linguagem utilizada neste diploma que traduzia o atraso científico do país no domínio da Psiquiatria pois utilizava como sinónimos algumas sintomatologias que na realidade aludiam a quadros nosológicos distintos<sup>633</sup>.

---

<sup>627</sup> Idem, *ibidem*, p. 262.

<sup>628</sup> O autor considera que *desta falta, que todos nós sentimos, nasce a impropriedade da linguagem, e a dificuldade em definir os exemplares*. Idem, *ibidem*, p. 263.

<sup>629</sup> Idem, *ibidem*, pp. 264-264.

<sup>630</sup> Sena refere que *não há lei especial protectora destes desgraçados nas diversas situações da sua existência*. Idem, *ibidem*, p. 190.

<sup>631</sup> Idem, *ibidem*, p. 191.

<sup>632</sup> Sena dirigia-se nos seguintes termos à promiscuidade existente: *O regedor respeitou esta esperança, o administrador defende a liberdade do louco: mas se ele tivesse voto roubava-lhe a de votar. Eis aqui como a autoridade administrativa superintende na beneficência em favor dos loucos*. Idem, *ibidem*, pp. 191-192.

<sup>633</sup> Idem, *ibidem*, pp. 192-193.

Era possível requerer a interdição de um alienado. Tal ato podia ter origem em *qualquer parente sucessível ou pelo outro cônjuge do desassisado* ou pelo Ministério Público na falta das sobreditas pessoas, quando o alienado tinha filhos menores ou ainda quando a demência era acompanhada de furor<sup>634</sup>.

Note-se, no entanto, que frequentemente não interessava a estes familiares a interdição do alienado e, não podendo a tutela intervir, nada garantia a conservação dos seus bens<sup>635</sup>.

A interdição requerida pelo Ministério Público mostrava-se muito pouco eficaz na medida em que as autoridades não dispunham de condições *para tomar conhecimento de todos os habitantes do território sujeito à sua jurisdição* pelo que o autor propunha a criação de uma entidade fixa e conhecedora da população que pudesse operacionalizar os artigos do Código Civil<sup>636</sup>.

Sena entendia que o alienado não só se encontrava abandonado do ponto de vista legal como ainda lhe é conferida pelo artigo 2377.º responsabilidade pelos atos cometidos, equiparando-o ao embriagado. Tais atos apenas não lhe seriam imputados caso se encontrasse interdito e o seu tutor assumisse as culpas pelos tumultos e danos causados pelo alienado<sup>637</sup>.

Tendo em conta que a grande maioria dos alienados não se encontrava interdito judicialmente e que, mesmo os que se enquadravam nesta situação legal, eram responsabilizados, pois o seu tutor conseguia provar com alguma facilidade e verdade que não havia por sua parte qualquer culpa, se dava como resultado que o alienado era responsabilizado pelos danos que causou mesmo durante *a insconsciência do seu delírio tumultuoso e malfazejo*. O alienista beirão mostra a sua preocupação para com estes alienados que, quando despertavam da loucura, se achavam *defraudados por actos inconscientes a que o delírio os impeliu*, podendo muitas vezes encontrar-se reduzidos os seus meios financeiros *ao necessário para alimentos*. Nestes casos, *a recaída será certa*<sup>638</sup>.

Sena insurge-se assim, veementemente, contra uma equiparação que o legislador enceta entre o embriagado e o alienado por considerar que a embriaguez partia de um ato

---

<sup>634</sup> Idem, *ibidem*, p. 193.

<sup>635</sup> Idem, *ibidem*, p. 193.

<sup>636</sup> Sena refere-nos que *há um grande número de alienados que não são colocados sob a protecção da tutela legal, e que ficam por isso sujeitos a todas as explorações a que se presta o seu melindroso estado*. Idem, *ibidem*, pp. 194-195.

<sup>637</sup> Idem, *ibidem*, p. 196.

<sup>638</sup> Idem, *ibidem*, p. 196.

voluntário do indivíduo e por isso a ele deviam ser atribuídas responsabilidades pelos seus atos, o que não acontecia com o alienado pois o seu estado mórbido não era pelo alienista considerado como voluntário ou espontâneo<sup>639</sup>.

É indispensável abordar a denominada Lei Sena de 1889, sobre a organização do serviço de alienados em Portugal. Apresentada à Câmara dos Deputados em 1888 pelo Presidente do Conselho e simultaneamente Ministro do Reino José Luciano de Castro pressupunha a divisão do país em quatro círculos assistenciais distintos, a saber, Norte, Centro, Sul e Madeira e Açores. Com esta lei encontramos já uma divisão entre asilo e hospital, que tão aclamada era pelos alienistas portugueses e praticada em outros países da Europa. Previa-se deste modo a criação de dois asilos no território nacional: um no Porto, com capacidade para 200 doentes e outro em Lisboa, nas instalações do Hospital de Rilhafoles, para acolher 300 alienados. Seriam também criados novos hospitais para acolher esta população enferma: um em Lisboa para 600 doentes; um em Coimbra para 300 alienados e outro em São Miguel, Açores, com capacidade para acolher mais de 200 alienados<sup>640</sup>.

Note-se que o Hospital Conde de Ferreira continuaria a funcionar mas desta vez despojado dos alienados incuráveis e inofensivos, que teriam no novo asilo situado no Porto um lugar para os acolher, regressando a instituição à sua génese assistencial.

Muitas eram as vozes que se insurgiam contra a promiscuidade de convivência entre alienados incuráveis e aqueles que eram passíveis de cura nos dois maiores hospitais de alienados portugueses.

Os relatórios anuais, produzidos pela Santa Casa da Misericórdia do Porto, dão-nos conta de uma precoce sobrelotação do mesmo, atingida a 24 de Março de 1866<sup>641</sup>. Já em 1889, data da aprovação da Lei Sena, encontravam-se em lista de espera 70 doentes, o que levava a que, quando admitidos, muitas vezes eram já tidos como incuráveis<sup>642</sup>.

A situação dos alienados criminosos é ainda abordada nesta lei, que preconizava a criação de enfermarias anexas às penitenciárias para acolherem esta população. Atente-se que o criminoso podia ser considerado alienado no momento em que havia perpetrado

---

<sup>639</sup> Idem, *ibidem*, p. 196.

<sup>640</sup> Ana Leonor Pereira, *A institucionalização da loucura em Portugal*, Op. cit., pp. 91-92.

<sup>641</sup> Santa Casa da Misericórdia do Porto, *Relatório dos Actos da Mesa da Santa Casa da Misericórdia do Porto*, Porto, Imprensa Real, 1887, p. 139.

<sup>642</sup> Santa Casa da Misericórdia do Porto, *Relatório dos Actos da Mesa da Santa Casa da Misericórdia do Porto*, Porto, Imprensa Real, 1889, p. 249.

os crimes bem como ter adquirido a doença já durante o cumprimento da pena, devendo em ambos os casos ser acolhidos nas novas enfermarias a criar.

Para fazer face às despesas inerentes à concretização dos fundamentos inscritos na nova lei, foi criado o denominado fundo de beneficência pública dos alienados para o qual eram canalizadas as receitas provenientes dos impostos de selo sobre uma série de documentos, estatutos, casas de jogo, entre outros.

Magalhães Lemos mostrou-se bastante crítico dos Governos Portugueses que não cumpriam cabalmente as disposições inscritas na Lei Sena de 1889 pois não se abstinha de cobrar os impostos criados para acorrer ao problema da assistência aos alienados. Poucos desses fundos, no entanto, eram empregues na sua função primordial, pese embora alguns melhoramentos realizados em Rilhafoles e no Conde Ferreira<sup>643</sup>.

A Mesa da Santa Casa da Misericórdia do Porto entendia que a criação de novos hospitais seria muito cara, tecendo várias considerações sobre os impostos criados, criticando a oposição à emigração inerente no imposto sobre os passaportes, bem como o imposto sobre corporações de piedade e beneficência pois retirava verbas da assistência aos mais desfavorecidos. Considerava ainda adequada a aplicação de um imposto sobre os breves para casamento entre parentes que era justificado pela maior incidência de patologia mental em indivíduos resultantes destes matrimónios. Todavia mais adequado seria tributar também o casamento civil e mesmo as uniões *que as leis divinas e as civis não sancionam*<sup>644</sup>.

Esta lei poderia no entanto beliscar a independência do Hospital Conde de Ferreira, podendo criar a ilusão de uma pertença ao sistema oficial de assistência aos alienados o que era rejeitado liminarmente pela Misericórdia portuense que considerava que apenas mantendo o estatuto independente da instituição se respeita a vontade de Joaquim Ferreira dos Santos<sup>645</sup>.

Apesar das críticas provenientes de vários quadrantes e personalidades ligadas ao mundo da assistência aos alienados, não houve qualquer concretização das diretivas inscritas na Lei de 1889, exceto no que à cobrança dos impostos dizia respeito. Portugal só viria a ter uma nova instituição pública de acolhimento aos alienados na década de 40

---

<sup>643</sup> Magalhães Lemos, *Op. Cit.*, pp. 11-12.

<sup>644</sup> Santa Casa da Misericórdia do Porto, *Relatório dos Actos da Mesa da Santa Casa da Misericórdia do Porto*, Porto, Imprensa Real, 1888, pp. 287-289.

<sup>645</sup> Idem, *ibidem*, p. 202.

do séc. XX, o inicialmente denominado Manicómio do Campo Grande que abriu portas como Hospital Júlio de Matos.

Pudemos assim perceber que os alienistas portugueses não só conheciam a evolução do panorama assistencial em Portugal como se desdobravam em alertas aos poderes instituídos para que intervissem no sentido de melhorarem a sorte daqueles que engrossavam a lista dos mais desfavorecidos.



## 2 – Da génese do Hospital de Alienados do Conde de Ferreira

*(...) o testamento do Conde de Ferreira trouxe uma alteração fundamental no campo da filantropia: para além da larga escala dos valores doados, conferiu um novo fôlego a espaços sociais (ensino, saúde) antes pouco ou nada contemplados, reduzindo ao mínimo as suas preocupações religiosas, mas preocupando - se antes com o impacto social das suas doações, garantindo o seu funcionamento posterior<sup>646</sup>.*

Ao longo da História das instituições de acolhimento de alienados em Portugal, a beneficência privada e as congregações religiosas desempenharam um importante papel catalisador na edificação de infraestruturas que permitissem um paradigma assistencial diferente do vigente. Recordamos o exemplo da dotação pecuniária fornecida por António de Sampaio e seu filho que foram determinantes para a abertura do Hospital de Rilhafoles assim como a Ordem Hospitaleira de São João de Deus que, no final do séc. XIX, iria dar início à construção de vários hospitais para alienados em diversos pontos do país, muitos dos quais se encontram ainda hoje em funcionamento.

O exemplo do Hospital Conde de Ferreira vai também ter os seus alicerces na caridade individual, desta feita patrocinada por Joaquim Ferreira dos Santos que, em testamento, vai deixar uma importante quantia para que se edificasse um novo hospital para alienados em Portugal.

Deste modo, se ao longo do tempo muitos foram os indivíduos que de diversas formas inscreveram o seu nome na História do HCF, nenhum deles se afigura tão importante como o do Conde Ferreira, sem esta obra não teria nascido. Justifica-se assim que, neste capítulo, tenhamos algumas considerações sobre a sua biografia bem como sobre as disposições contidas no seu testamento e a sua execução.

Num outro plano, versaremos também as diversas alterações que foram sendo efetuadas, ao longo da cronologia adotada, nos diversos edifícios do HCF que, por vezes, consubstanciavam mudanças na atividade assistencial do hospital.

---

<sup>646</sup> Jorge Fernandes Alves, “O Legado do Conde de Ferreira e o Hospital de Alienados na reconfiguração da filantropia tradicional.”, in *Saúde, Ciência, Património: Atas do III Congresso de História da Santa Casa da Misericórdia do Porto*, Porto, Santa Casa da Misericórdia do Porto, 2016, p. 175.

## 2.1 – Joaquim Ferreira dos Santos: de caixeiro a benemérito

*Brasileiro, barão, benemérito, são as etapas de efeito emulativo numa trajectória de ascensão social com repercussão popular, em que a taciturnidade do mito radica, aqui e ali, no anti-herói*<sup>647</sup>.

Joaquim Ferreira dos Santos nasceu a 4 de Outubro de 1782 na freguesia de Campanhã, mais propriamente no lugar de Vila Meã que, embora atualmente se constitua como a freguesia do concelho do Porto, à data era um couto exterior aos limites da cidade. Foi o quinto e último filho de um casal de lavradores de seus nomes João Ferreira dos Santos e Ana Martins da Luz<sup>648</sup>. Rodrigo Oliveira tenta desconstruir a imagem que alguns autores edificaram em torno da família de Ferreira dos Santos, apresentada como *modesta* ou *pouco abastada*. Este autor considera que as relações sociais que a família estabelecia não se coadunavam com tais epítetos, rejeitando a ideia que Ferreira dos Santos era um anónimo desenraizado<sup>649</sup>.

Sobre a sua infância poucas informações se encontram disponíveis. Sabe-se, no entanto, que terá beneficiado de uma preparação escolar de âmbito canónico, compreendendo estudos de Latim e Lógica, à semelhança do seu irmão António Ferreira Martins. Embora não tenha seguido a via eclesiástica, os conhecimentos adquiridos ter-lhe-ão sido de grande utilidade nas atividades comerciais que vai abraçar, na medida em que parece dominar as regras de escrituração<sup>650</sup>.

Estando a herança e a gestão do património agrícola da família reservados para o seu irmão mais velho, Manuel, Joaquim Ferreira dos Santos estabelece-se como caixeiro na cidade do Porto até que, em 1800, com 18 anos de idade, embarca para o Brasil. O navio *Nova Aurora*, que o deveria transportar até terras de Vera Cruz naufragou na barra do Rio Douro, obrigando Joaquim a dirigir-se a Lisboa de onde viaja então para o Rio de Janeiro<sup>651</sup>.

Os contactos que havia estabelecido com a família Carneiro Geraldês, à qual se

<sup>647</sup> Jorge Fernandes Alves, "Percursos de um Brasileiro do Porto - o Conde de Ferreira", in *Revista da Faculdade de Letras - História*, Série, vol. IX, Porto, Universidade do Porto, 1992, p. 200.

<sup>648</sup> José Capela, *Conde de Ferreira & C.a Traficantes de escravos*, Porto, Edições Afrontamento, Outubro de 2012, p. 19.

<sup>649</sup> Rodrigo Ortigão de Oliveira, "A família do Conde e Ferreira", in *Revista Lusófona de Genealogia e Heráldica*, n.º 1, Porto, Instituto de Genealogia e Heráldica da Universidade Lusófona do Porto, Novembro de 2006, p. 231

<sup>650</sup> Jorge Fernandes Alves, "Percursos de um Brasileiro do Porto - o Conde de Ferreira", *Op. cit.*, p. 200.

<sup>651</sup> José Capela, *Op. Cit.*, p. 19.

unia ainda por frágeis laços de parentesco<sup>652</sup>, permitiu a Joaquim Ferreira dos Santos, um mero caixeiro que não dispunha de capital inicial, vingar como comerciante no Brasil por meio de uma técnica de comércio frequentemente praticada no início do séc. XIX: a consignação. Deste modo, era sua função colocar no mercado brasileiro os produtos enviados pela família Carneiro Geraldês do Porto, pelo melhor preço possível, recebendo uma comissão que variava entre 4% e 6%. Posteriormente, com as receitas das vendas dos produtos provenientes da metrópole, procedia à compra de outras mercadorias que enviava para o Porto, cobrando nova percentagem e que por sua vez eram vendidos pelo comitente, neste caso a família Carneiro Geraldês<sup>653</sup>.

A relação que Joaquim Ferreira dos Santos estabelece com a família supracitada parece ser de grande proximidade e não é de descartar a hipótese de que o primeiro tenha realizado um tirocínio inicial na grande casa comercial da família Carneiro Geraldês no Porto, seguindo para o Brasil com fortes recomendações aos comerciantes locais<sup>654</sup>.

Note-se que neste sistema de relações comerciais a confiança que deveria existir entre comitente e consignatário levava a que estes levassem na sua posse recomendações aos correspondentes dos comitentes no Brasil, num quadro que Jorge Alves denomina de solidariedade tácita<sup>655</sup>.

As principais mercadorias que Ferreira dos Santos transacionava, na fase inicial da sua vida profissional, eram de reduzido espectro. Assim, no Brasil recebia vinho, sal, chapéus e alguns utensílios ou adornos, enviando para Portugal açúcar, aguardente, couro bem como algum café e arroz<sup>656</sup>.

A ambição dos consignatários era, como é de esperar, tornarem-se comitentes, assumindo desse modo a iniciativa própria no comércio atlântico com recurso aos mesmos canais que ajudaram a dinamizar. Assim, a condição de comerciante permanece sempre dupla, comitente e consignatário, de forma a assegurar a relação biunívoca dos compromissos assumidos<sup>657</sup>.

Os primeiros anos como comerciante no Brasil permitiram-lhe a aquisição do *brigue Activo*, através do qual vai estabelecer contactos comerciais na Argentina a partir

---

<sup>652</sup> Para uma perceção global da árvore genealógica de Joaquim Ferreira dos Santos Vide Rodrigo Ortigão de Oliveira, *Op. cit.*, pp. 232-240.

<sup>653</sup> Jorge Fernandes Alves, "Percursos de um Brasileiro do Porto - o Conde de Ferreira", *Op. cit.*, pp. 200-201.

<sup>654</sup> José Capela, *Op. cit.*, p. 20.

<sup>655</sup> Jorge Fernandes Alves, "Percursos de um Brasileiro do Porto - o Conde de Ferreira", *Op. cit.* p. 202.

<sup>656</sup> Idem, *ibidem*, p. 201.

<sup>657</sup> Idem, *ibidem*, p. 202.

de 1810. Não se podem olvidar as fortes convulsões sociais e políticas que abalaram Portugal sob o signo das invasões francesas e do tratado comercial com o Reino Unido, com fortes repercussões no comércio entre o Brasil e a metrópole. Joaquim Ferreira dos Santos vai ser assim obrigado a diversificar as suas atividades comerciais, nomeadamente com África<sup>658</sup>.

No que diz respeito à sua vida pessoal os autores não são unânimes. Sabe-se que contrai matrimónio com Severa Lastra, de nacionalidade argentina. José Capela entende que este casamento lhe trouxe notoriedade social e do qual terá nascido um filho que falece precocemente, no Rio de Janeiro. Também a sua esposa morre cedo, pois o referido autor menciona que Ferreira dos Santos fica viúvo ainda jovem<sup>659</sup>. Por outro lado, Jorge Alves diz-nos que este casamento terá tido uma duração muito limitada, cerca de um mês, refutando a aquisição de uma ascensão social bem como o de qualquer filho. Refere ainda o pagamento por parte de Joaquim Ferreira dos Santos de uma pensão no valor anual de 1000 pesos a Severa Lastra<sup>660</sup>. Embora não disponhamos de dados que nos permitam confirmar tal efeito social parece-nos que efetivamente Joaquim Ferreira dos Santos terá enviuvado de Severa Lastra, como se pode verificar no seu testamento. Por outro lado, a não existência de herdeiros diretos vai ao encontro à tese de que o seu filho, a ter existido, terá falecido ainda jovem<sup>661</sup>.

Perante as dificuldades que o comércio atravessava, bem como o fracasso das relações comerciais estabelecidas com a Argentina, Joaquim Ferreira dos Santos vai estabelecer-se na Costa Africana, ingressando no comércio de escravos, atividade que estará na base da fortuna que vai acumular<sup>662</sup>.

Parece certo que se terá deslocado pessoalmente a Molembo, na zona de Cabinda, onde estabelece boas relações com o suserano local a quem oferece vários presentes<sup>663</sup>.

Quando regressa ao Rio de Janeiro, com uma carga de escravos, vê reconhecido o êxito da sua expedição por D. João VI que lhe atribui o Hábito da Ordem de Cristo, bem como uma patente na Marinha que Joaquim Ferreira dos Santos acaba por rejeitar, na

---

<sup>658</sup> Idem, *ibidem*, p. 202.

<sup>659</sup> José Capela, *Op. cit.*, p.20.

<sup>660</sup> Jorge Fernandes Alves, "Percursos de um Brasileiro do Porto - o Conde de Ferreira", *Op. cit.*, pp. 204-205.

<sup>661</sup> Joaquim Ferreira dos Santos declara no seu testamento que é viúvo de Severa Lastra. Ana Sílvia Albuquerque Peixoto, *Cadernos dos 500 Anos Vol. I - Grandes Beneméritos da Santa Casa da Misericórdia do Porto*, Porto, Santa Casa da Misericórdia do Porto, 1997, p.97.

<sup>662</sup> José Capela, *Op. cit.*, p. 20.

<sup>663</sup> José Capela referencia periódicos da década de 40 do séc. XIX onde esta incursão por terras africanas é relatada com maior detalhe. Vide. Idem, *ibidem*, p. 20.

medida em que não pretendia ingressar em tal carreira. Na sua segunda viagem a Molembo acaba por aí estabelecer feitoria, cimentando deste modo as bases para o comércio de escravos, atividade que vai manter pelo menos até 13 de Março de 1830, data que, segundo o tratado Anglo-Brasileiro de 23 de Novembro de 1826, constituía o limite para o fim do comércio de escravos<sup>664</sup>.

Recentemente José Capela analisou os copiadores de correspondência e livros de contabilidade existentes no arquivo do Hospital de Santo António e no Hospital Conde de Ferreira que lhe permitiram reconstituir, embora refira que de forma muito incompleta, as atividades comerciais de Ferreira dos Santos entre 1815 e 1828<sup>665</sup>.

Constata que, em 1815, Joaquim Ferreira dos Santos se encontrava fortemente implementado no comércio transatlântico. Por um lado, continuava a receber produtos provenientes da metrópole, como vinho e bacalhau. Por outro, recebia, além de escravos, mercadorias provenientes de Angola como peças de ouro, meias doblas, moedas velhas e azeite de mandobi. Embora a sua atividade principal residisse no comércio de escravos, o carácter empreendedor de Joaquim Ferreira dos Santos é perceptível na amplitude e diversidade das relações comerciais que estabelecia. Note-se que os escravos desempenhavam um importante papel na atividade económica do Brasil de Oitocentos visto serem a principal mão-de-obra de uma economia muito dependente da exploração de cana-de-açúcar. Encontramos assim referências a negócios de bestas que eram fulcrais nos engenhos de açúcar. Também frequente era a compra de espingardas e pólvora provenientes da Europa pois estes instrumentos parecem revestir-se de elevada importância nas fazendas. Merece destaque o comércio de açúcar que se realizava não só para a metrópole como também para outros portos europeus, como Hamburgo<sup>666</sup>. Assim, embora o comércio de escravos tenha sido a sua atividade mais lucrativa, não desperdiçava outras oportunidades de negócio, chegando inclusive a fornecer vestes talares e paramentos a um Prelado<sup>667</sup>.

Refira-se ainda que Ferreira dos Santos possuía prédios de arrendamento disseminados pelo Rio de Janeiro, além de duas fazendas que lhe permitiram um acesso simbólico à propriedade fundiária. Nas ditas fazendas, Caxoeira em Iguassú e Taquarassú, produzia arroz, aguardente, açúcar e mandioca, embora em quantidades pouco

---

<sup>664</sup> Idem, *ibidem*, pp. 20-21.

<sup>665</sup> Idem, *ibidem*, p. 27.

<sup>666</sup> Para um maior entendimento do complexo esquema de comércio triangular entre a Europa, Brasil e África veja-se Idem, *ibidem*, pp. 35-36.

<sup>667</sup> Idem, *ibidem*, p. 27.

significativas<sup>668</sup>.

A dimensão das atividades comerciais de Joaquim Ferreira dos Santos é certificada pelo número de expedições que titulou como armador (38 entre 1818 e 1828) assim como pelas restantes 42 embarcações que transportaram escravos a si consignados entre 1818 e 1827<sup>669</sup>. Facilmente se conclui por estes dados que se encontrava inquestionavelmente implementado no comércio de escravos entre a costa Africana e o Brasil.

Jorge Alves procurou contabilizar os movimentos provenientes do comércio de escravos em que Joaquim Ferreira dos Santos esteve envolvido calculando em cerca de 10 000 indivíduos que comercializou num valor superior a 1460 contos de réis<sup>670</sup>.

As redes sociais em que Joaquim Ferreira dos Santos se movimentava, fruto da sua atividade comercial, são dissecadas por José Capela que concluiu serem Elias Batista da Silva, Francisco António de Oliveira e Ângelo Carneiro os principais negreiros da época, com os quais Joaquim Ferreira dos Santos mantinha fortes laços comerciais que se traduziam numa intensa correspondência entre ambos<sup>671</sup>.

Comerciante que era, imbuído do espírito escravista característico da sua época, são muitos os vocábulos, encontrados na sua correspondência, que José Capela chega a classificar de cruéis. Assim, os escravos que comercializava eram tratados como outra qualquer mercadoria, sendo frequentes as instruções dadas para que fossem carregados escravos novos, de boa figura, renegando velhos, moxecongos e monjolos. Especial atenção era conferida às denominadas negras de cria que, sendo de bom leite, poderiam atingir preços acima da média<sup>672</sup>.

Apesar de muito lucrativo, o tráfico de escravos não era isento de riscos, sendo o maior deles a atividade dos corsários. São várias as referências que Ferreira dos Santos faz às perdas causadas por ataques de piratas na década de 20 do séc. XIX que levaram inclusive a alguma renitência por parte das seguradoras em cobrir expedições negreiras<sup>673</sup>.

Importa recordar que a década de 20 do séc. XIX se caracteriza por fortes convulsões políticas e sociais, quer na metrópole, quer no outro lado do Atlântico. A

<sup>668</sup> Jorge Alves, "Percursos de um Brasileiro do Porto - o Conde de Ferreira", *Op. cit.*, p. 204.

<sup>669</sup> Para um conhecimento cabal de todas as expedições documentadas em que Ferreira dos Santos participou, quer como armador quer como consignatário veja-se José Capela, *Op. cit.*, pp. 39-43.

<sup>670</sup> Jorge Alves, "Percursos de um Brasileiro do Porto - o Conde de Ferreira". *Op. cit.*, p- 203.

<sup>671</sup> José Capela, *Op. cit.*, pp. 28-31.

<sup>672</sup> José Capela fornece-nos variados exemplos apurados da correspondência de Joaquim Ferreira dos Santos que contribuem para uma caracterização da mentalidade escravagista de meados do séc. XIX. Vide Idem, *ibidem*, pp. 31-34.

<sup>673</sup> Idem, *ibidem*, pp. 34-35.

declaração de independência do Brasil em 1822 leva Ferreira dos Santos a optar pela nacionalidade Brasileira em linha com a maioria dos comerciantes de renome na praça do Rio de Janeiro. A implementação do Regime Liberal em Portugal vai permitir que Ferreira dos Santos intensifique as boas relações que mantinha com a Coroa Portuguesa. No entanto, o tratado Anglo-Brasileiro que pressupunha a abolição do tráfico de escravos vai constituir um forte revés nas suas atividades comerciais<sup>674</sup>.

Acusado e condenado ao pagamento de uma multa de 20 contos de réis por importar escravos após 20 de Março de 1830, Joaquim Ferreira dos Santos acaba por abandonar o Brasil, desembarcando em Lisboa a 8 de Setembro de 1832<sup>675</sup>.

O regresso a Portugal não era tido como definitivo, pois Ferreira dos Santos frequentemente comunica aos seus amigos que permaneceram no Brasil o desejo de regressar, mencionando a grande estima que tinha pela sua fazenda da Caxoeira<sup>676</sup>.

É, no entanto, na cidade do Porto que vai fixar residência, reativando as suas atividades comerciais a partir de uma sede situada na rua das flores. Vai reavivar o seu brigue *Activo*, empregando-o novamente em trocas comerciais com o Brasil. Assim se explica o facto de integrar o vasto lote de brasileiros que exerciam na praça comercial da cidade do Porto. Paralelamente investe parte do capital de que dispunha na compra de ações da Companhia das Lezírias, tornando-se cofundador do Banco Comercial do Porto<sup>677</sup>.

Com o declínio das relações comerciais com o Brasil, fruto de novas pautas aduaneiras que tornavam proibitivo a importação de aguardente, aliado ao aumento dos impostos sobre o açúcar, o café e o arroz, Ferreira dos Santos opta novamente por diferenciar a sua rede de comércio importando produtos provenientes do Brasil com destino a Itália. Ingressa também no negócio do vinho do Porto, atividade geradora de grande prestígio. Assim, exporta para o Brasil e Inglaterra várias pipas de vinho. No entanto, pouco parece ter sido o seu sucesso, devido talvez à sua inexperiência no comércio deste produto<sup>678</sup>.

A incursão de Ferreira dos Santos nos domínios da política ocorre, embora de

---

<sup>674</sup> Idem, *ibidem*, pp. 21-22.

<sup>675</sup> Ferreira dos Santos refuta as acusações de que foi alvo referindo ter abandonado o comércio de escravos no prazo legal. Jorge Alves, "Percurso de um Brasileiro do Porto - o Conde de Ferreira", *Op. cit.*, p.205.

<sup>676</sup> Refere em carta ao procurador Joaquim Pinto dos Reis, datada de 8 de Maio de 1833, *Fique certo que logo que eu tenha notícias certas de haver esperanças de continuação de socego, imediatamente regresso*. Idem, *ibidem*, p. 206.

<sup>677</sup> Idem, *ibidem*, p. 207.

<sup>678</sup> Idem, *ibidem*, pp. 207-208.

forma tímida, quando este se encontra ainda no Brasil, alicerçada nos financiamentos que vai protagonizar em prol da implementação do Liberalismo. Em 1828 vai contribuir com 12 contos de reis para auxiliar os emigrados de Portugal no Rio de Janeiro<sup>679</sup>.

O seu apoio à causa Liberal não esmorece quando regressa ao seu país em 1832. Deve-se a ele, por exemplo, a formação de uma comissão para fornecer calçado às tropas, que o próprio vai financiar em 200 mil reis. Na mesma linha de ação, financia em 100 mil reis o monumento de Arnosa de Pampelido que marca o local do desembarque das tropas libertadoras e em 500 mil reis o monumento a D. Pedro IV na cidade do Porto<sup>680</sup>.

As ideias políticas de Joaquim Ferreira dos Santos, embora tidas como marginais à sua principal atividade, a de comerciante, ganham relevo após a subida de Costa Cabral a Chefe de Governo em 1842, quando é nomeado pela Junta Provisória para Presidente da Comissão do Tesouro. José Capela crê que este cargo lhe foi atribuído apenas para garantir financiamento à causa Liberal, referindo que Ferreira dos Santos não aderiria ao movimento caso não viesse a desempenhar algum cargo relevante<sup>681</sup>.

O seu empenho na causa cabralista é evidente, chegando inclusive a liderar uma subscrição em prol de Costa Cabral, em Abril de 1842. Alguns autores defendem que foi esta participação entusiástica que o conduziu a Par do Reino a 3 de Maio de 1842, nomeação envolta em grande polémica. Tal circunstância deveu-se ao facto da sua renúncia à nacionalidade brasileira ter sido apresentada à Câmara Municipal do Porto apenas no dia anterior, o que impossibilitava que a mesma estivesse disponível no dia seguinte em Lisboa, quando Costa Cabral propõe Joaquim Ferreira dos Santos como Par do Reino à Rainha D. Maria II. Vários foram os opositores políticos de Costa Cabral que se insurgiram contra esta nomeação, nomeadamente o Conde do Lavradio, o Conde de Laborim e o próprio Sá da Bandeira<sup>682</sup>.

A sua participação na vida política encontrar-se-á sempre ligada aos momentos de afirmação do cabralismo. Tal facto pode ser atestado por exemplo pela atribuição de títulos nobiliárquicos. A 7 de Outubro de 1842 é-lhe concedido o título de Barão, a 21 de Junho de 1843 de Visconde e a 6 de Agosto de 1850 de Conde de Ferreira<sup>683</sup>.

Paralelamente a estas incursões políticas Joaquim Ferreira dos Santos opera uma

---

<sup>679</sup> José Capela, *Op. Cit.*, p. 37.

<sup>680</sup> Idem, *ibidem*, p. 37.

<sup>681</sup> Idem, *ibidem*, pp. 37-38.

<sup>682</sup> José Capela desenvolve esta questão invocando as motivações das partes em litígio. Veja-se, Idem, *ibidem*, pp. 22-23.

<sup>683</sup> Jorge Alves, "Percursos de um Brasileiro do Porto - o Conde de Ferreira", *Op. cit.*, p. 209.



profunda alteração nas suas atividades profissionais, sendo a venda do seu brigue *Activo* carregada de um grande simbolismo, na medida em que considerava que a sua condição de Par do Reino não era compatível com a propriedade de tais embarcações<sup>684</sup>.

Favorecido pelo cabralismo e pelo elevado capital de que dispunha, ingressa no exclusivo grupo de indivíduos que chamam a si os grandes negócios de 1844, que seria denominado de *Confederação Agiótica*. Assim, entra na Sociedade dos Contratos do Tabaco, Sabão e Pólvora, na Companhia Confiança Nacional, no Banco de Portugal, na Companhia dos Canais da Azambuja, na Companhia das Obras Públicas e na Companhia de Gás Lisbonense. Os diversos cargos que em teoria assume nas diversas companhias supracitadas desempenham um papel sobretudo honorífico na medida em que as mesmas funções foram rapidamente delegadas, conferindo ao recém-nobilitado um papel fundamentalmente de investidor<sup>685</sup>.

A instabilidade política que se faz sentir entre 1846 e 1848 leva o Visconde de Ferreira a isolar-se na sua residência do Bonfim necessitando inclusivamente de proteção da Guarda 24 horas por dia, fruto do seu apoio incondicional a Costa Cabral<sup>686</sup>.

Com o advento da Regeneração protagonizada por Fontes Pereira de Melo, o papel do Conde de Ferreira eclipsa-se, saindo frustradas algumas tentativas de intervenção na Câmara dos Pares, nomeadamente em 1856 quando se insurge contra as políticas fontistas de obtenção de créditos externos em detrimento dos internos<sup>687</sup>.

O seu estado de saúde deteriora-se e a 22 de Junho de 1861 não se encontrava já capaz de ocupar a sua posição na Câmara dos Pares<sup>688</sup>. Nos últimos anos de vida frequenta assiduamente a bolsa do Porto, cumprindo um ritual diário muito recordado após a sua morte a 24 de Março de 1866, na sua residência no Bonfim. É sepultado inicialmente na Igreja da Ordem da Trindade até ser trasladado a 30 de Março de 1878 para o cemitério de Agramonte, para um sumptuoso mausoléu da autoria de Soares dos Reis.<sup>689</sup>

---

<sup>684</sup> José Capela *Op. cit.*, p. 23.

<sup>685</sup> Jorge Alves, "Percursos de um Brasileiro do Porto - o Conde de Ferreira", *Op. cit.*, p. 210.

<sup>686</sup> José Capela *Op. cit.*, 24.

<sup>687</sup> Idem, *ibidem*, p. 24.

<sup>688</sup> Idem, *ibidem*, p.38.

<sup>689</sup> Idem, *Ibidem*, p. 25. Sobre a estátua da autoria de Soares dos Reis veja-se, Boaventura Silveira, *A Ordem Terceira da Trindade e a Sociedade Portuense*, Porto, Ordem da Trindade, 2001, p.258.

## 2.2 – Minha determinação d'última vontade é...

*Ao falecer na sua residência no Bonfim,  
inicia uma nova etapa de ascensão social, agora póstuma:  
a consagração como benemérito nacional*<sup>690</sup>.

O testamento de Joaquim Ferreira dos Santos foi redigido por Domingos de Almeida Ribeiro a 15 de Março de 1866, provavelmente devido à circunstância do Conde de Ferreira se encontrar debilitado de tal modo que não podia escrever<sup>691</sup>.

Domingos de Almeida Ribeiro havia sido comerciante na cidade do Porto até 1844, data em que a sua companhia faliu, tendo sido posteriormente auxiliado pelo Conde de Ferreira, para quem viria a trabalhar, inicialmente como guarda-livros. Numa fase posterior embarca para o Brasil, com o desígnio de administrar os negócios de Joaquim Ferreira dos Santos do outro lado do Atlântico. À data da elaboração do testamento encontrava-se na cidade do Porto a exercer funções de docente no Liceu Nacional<sup>692</sup>.

A vontade testamentária do *de cujus* expressa-se em um documento rasurado e aditado. A última retificação é de João Almeida Pinto e Silva que contempla os filhos de Ribeiro com uma quantia que, na sua totalidade, ascendia a 8.000\$000 reis<sup>693</sup>.

Jorge Alves atribui a Domingues Ribeiro um papel que extravasa as funções de simples redator pois considera que muitas das disposições presentes no testamento terão sido sugestão sua, nomeadamente a criação de 120 escolas primárias disseminadas pelo país, propondo-lhe deste modo ser um novo *Peaboy*, o milionário americano protetor da instrução popular<sup>694</sup>.

A morte de Joaquim Ferreira dos Santos marca o início da sua aclamação como grande benemérito, em virtude dos variados legados que deixou em prol dos mais desfavorecidos. Embora tradicionalmente o Conde de Ferreira fosse generoso e contribuisse de forma ativa para instituições de beneficência, o seu testamento vai-lhe permitir exhibir, a título póstumo, uma aristocracia filantrópica que, por um lado, o distingue dos seus congéneres que se abrigavam sob o signo da beneficência para atingir cargos nobiliárquicos e, por outro, o vinga das humilhações sofridas pelos seus detratores

<sup>690</sup> Jorge Alves, "Percursos de um Brasileiro do Porto - o Conde de Ferreira", *Op. cit.*, p. 211.

<sup>691</sup> Ana Sílvia Albuquerque Peixoto, *Op. cit.*, p. 102.

<sup>692</sup> Idalina Rodrigues, *Legado do Conde de Ferreira no Algarve*, [s.l.], edição de autor, Novembro de 2012, p. 27.

<sup>693</sup> Ana Sílvia Albuquerque, *Op. cit.*, p. 102.

<sup>694</sup> É referido que Domingos de Almeida Ribeiro terá sido o provável inspirador da sua atitude altruísta. Jorge Alves, "Percursos de um Brasileiro do Porto - o Conde de Ferreira", *Op. cit.*, p. 211.

de ontem<sup>695</sup>. Capela refere-nos que a imprensa local parece ter sido profícua em exaltações ao Conde de Ferreira após a abertura do seu testamento, conferindo-lhe uma certa aura lendária<sup>696</sup>.

Inicialmente dá-nos conta das suas vontades relativamente ao seu funeral. Refere que quer ser amortalhado no hábito de Cavaleiro de Cristo e posteriormente sepultado em Jazigo próprio no cemitério da Ordem Terceira da Santíssima Trindade. Diz-nos também que deseja que se diga um tríduo geral de missas de esmola, no valor de 480 réis cada, não só por sua alma, mas também pela dos seus familiares, amigos, conhecidos e desconhecidos<sup>697</sup>.

O legado que herdou de sua esposa, Severa Lastra, de quem diz ser viúvo, é deixado ao irmão da mesma, Dom José Lastra, que era já administrador do dito legado na Argentina<sup>698</sup>.

A ausência de herdeiros forçados, quer ascendentes, quer descendentes, constitui o ponto de partida para que Joaquim Ferreira dos Santos disponha da totalidade da fortuna que adquiriu ao longo da sua vida, acabando por nomear como seu herdeiro universal António Ferreira dos Santos, seu sobrinho, a quem deixa a quantia de 100.000\$000 reis<sup>699</sup>.

São muitos os legados que vai deixar a uma série de instituições de beneficência da sua cidade natal, bem como da cidade que o acolheu no Brasil, o Rio de Janeiro.

Como podemos verificar pelo anexo n.º 1, são inúmeras as instituições às quais são deixadas importantes quantias em dinheiro. No entanto, deixa claro que algumas delas são obrigadas a cumprir determinadas disposições, também elas no âmbito da assistência aos mais desfavorecidos. Assim sendo, à Santa Casa da Misericórdia do Porto competia vestir, na data do aniversário do seu falecimento, ou seja, a 24 de Março, 24 pobres, após a missa do dia na igreja da Irmandade. Concede ainda à dita instituição mais 20.000\$000 reis sob a condição de manter uma enfermaria com pelo menos 20 camas onde os doentes deveriam ser tratados sob os preceitos da medicina homeopática<sup>700</sup>. O seu interesse pela homeopatia é posteriormente referenciado como sinal de uma crença que tal resultava de um progresso da medicina, o que justificava a inclusão desta disposição no seu

---

<sup>695</sup> Idem, *ibidem*, p. 211.

<sup>696</sup> José Capela, *Op. cit.*, pp. 24-25.

<sup>697</sup> Ana Sílvia Albuquerque Peixoto, *Op. cit.*, p. 97.

<sup>698</sup> Refere ainda que quando José Lastra falecer a sua herança seria alocada aos seus filhos e legítimos sucessores. Idem, *ibidem*, p. 97.

<sup>699</sup> Idem, *ibidem*, p. 101.

<sup>700</sup> Idem, *ibidem* pp. 97-98.

testamento<sup>701</sup>. Também a Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro, a quem doa 10.000\$000 reis terá o encargo de vestir 12 pobres aquando da comemoração da data do seu falecimento<sup>702</sup>.

Ainda no que diz respeito a obras de filantropia, deixa 30 esmolas de 100\$000 reis para 30 viúvas honestas sendo que as que tinham filhos para educar constituíam prioridade. Deixa mais 50 esmolas de 50\$000 reis para 50 chefes de família a quem tenha faltado quem sustentava a família pelo seu trabalho, passando a viver da caridade. São ainda contempladas 80 raparigas honestas e virtuosas com 80 dotes de 500\$000 reis cada.

Na sequência do apoio mensal que estava a proporcionar à família Soares vai-lhes atribuir também uma quantia de 50\$000 reis<sup>703</sup>.

Um dos maiores legados deixados, e que ainda hoje constitui um importante património a nível nacional, diz respeito à quantia deixada para a construção de 120 escolas primárias, de ambos os sexos, no valor de 1.200\$000 reis cada, perfazendo um total de 144.000\$000 reis. Todos os edifícios deviam ser semelhantes entre si do ponto de vista arquitetónico, ser mobilados e contemplar ainda residência para o docente. A localização destes estabelecimentos seria da responsabilidade da sua testamentaria. No entanto, tinham que ser construídas em terras que fossem sedes de concelho, não podendo exceder as duas unidades em cada localidade<sup>704</sup>.

Porém, é aos alienados que vai doar a maior parte da sua fortuna, pois deixa escrito que, após cumpridos todos os legados que preconiza, o terço do remanescente da sua fortuna deverá ser empregue na construção de um hospital para alienados, que deveria também ser completamente mobilado. Os restantes dois terços deveriam ser convertidos em efeitos de crédito público a favor do hospital que deveria ser entregue à Santa Casa da Misericórdia do Porto<sup>705</sup>.

A justificação para tal gesto de altruísmo parece residir num apelo que D. Pedro V terá dirigido ao Conde de Ferreira aquando da visita do suserano à cidade do Porto em Agosto de 1861. A imprensa regional da época faz eco deste facto que iria ser consumado a 24 de Março de 1883 com a inauguração do Hospital de Alienados do Conde de

---

<sup>701</sup> Santa Casa da Misericórdia do Porto, *Relatório dos Actos da Mesa da Santa Casa da Misericórdia do Porto*, Porto, Typographia de A. J. da Silva Teixeira, 1886, p. 197.

<sup>702</sup> Ana Sílvia Albuquerque Peixoto, *Op. cit.*, pp. 97-98.

<sup>703</sup> Idem, *ibidem*, pp. 100-101.

<sup>704</sup> Jorge Alves mostra-nos um mapa onde podemos verificar que as escolas foram construídas um pouco por todo o país. Veja-se Jorge Alves, "Percursos de um Brasileiro do Porto - o Conde de Ferreira", *Op. cit.*, p. 214.

<sup>705</sup> Ana Sílvia Albuquerque Peixoto, *Op. cit.*, p. 101.

Ferreira<sup>706</sup>.

Naturalmente deixa também um importante legado aos seus familiares como podemos verificar no anexo n.º 2, perfazendo o total de 215.596\$000 reis. São contemplados parentes da linha do seu irmão Manuel, seu irmão José, parentes de Campanhã e de Paranhos. No entanto, alguns dos familiares são indicados apenas pelo primeiro nome o que, na ausência de um estudo minucioso sobre a família do Conde de Ferreira, inviabiliza conclusões mais pormenorizadas. Percebemos, no entanto, que Joaquim Ferreira dos Santos demonstra bastante preocupação em garantir que são os destinatários do seu legado a usufruírem do mesmo. Veja-se o caso de Maria de São Roque a quem deixa a quantia de 30.000\$000 reis, sendo que o dito legado poderia ser administrado pela legatária sem depender de qualquer autorização do seu marido. Note-se ainda que seria Maria de São Roque a receber a herança que o Conde de Ferreira deixa aos filhos desta caso os mesmos falecessem sem deixar descendência<sup>707</sup>.

Considerável é ainda o número de afilhados a quem são deixados várias quantias em dinheiro, como se pode verificar pelo anexo n.º 3. A forte ligação entre o Conde de Ferreira e Costa Cabral encontra aqui tradução na medida em que é Dona Luísa, filha dos Condes de Tomar, a quem é deixado o legado de maior valor. Por outro lado, não deixa de ser interessante o facto de ser ela a única a quem o Conde de Ferreira se dirige pelo nome próprio, sendo que todos os outros, mesmo aqueles que são seus familiares, são referidos através da sua filiação. De algum relevo reveste-se ainda a circunstância de doar 200\$000 reis a cada indivíduo que, através de certidão de batismo, provasse ser seu afilhado<sup>708</sup>.

Alguns dos seus amigos são também contemplados com importantes somas como se pode verificar no anexo n.º 4<sup>709</sup>.

Os seus criados são igualmente considerados com algum dinheiro, como se pode constatar pelo anexo n.º 5, caso os ditos funcionários estivessem ao seu serviço à data do seu falecimento. A despenseira Ana Emília Adelaide é ainda contemplada com uma série de bens materiais<sup>710</sup>.

---

<sup>706</sup> José Capela, *Op. cit.*, p. 25.

<sup>707</sup> Ana Sílvia Albuquerque Peixoto, *Op. cit.*, p. 99.

<sup>708</sup> Idem, *ibidem*, pp. 99-100.

<sup>709</sup> Como lembrança oferece também o seu relógio de algibeira com uma corrente de ouro a José Gaspar da Graça e o seu relógio de mesa a Manuel Gualberto Soares. Idem, *ibidem*, 101.

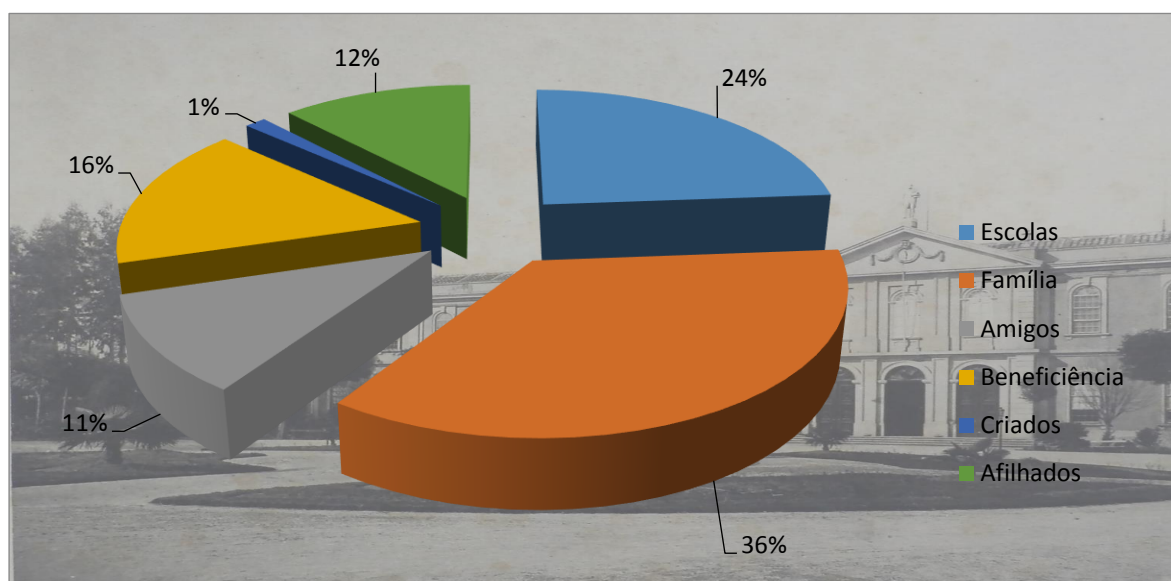
<sup>710</sup> É à sua despenseira a quem Joaquim Ferreira dos Santos cinco ações do Banco Comercial do Porto bem como o usufruto da sua casa situada na rua da prata com toda a roupa de mesa e cama, loiças de mesa e cozinha assim como os vidros, cristais, mobílias, um faqueiro e dois castiçais de prata. Idem, *ibidem*, p. 100.

Nomeia para seus testamenteiros, que tinham como função inventariar e liquidar os seus bens assim como fazer cumprir as deliberações presentes no testamento, António Ferreira dos Santos, José Gaspar da Graça e Manuel Gualberto Soares. A escolha de três pessoas para a constituição da sua testamentaria prende-se com a necessidade das deliberações a serem tomadas pela mesma reunirem pelo menos dois votos a favor. Deste modo, caso algum dos testamenteiros estivesse ausente por mais de 15 dias seria substituído por António José Barbosa Louzada. Na ausência ou impedimento destes quatro indivíduos nomeados pelo Conde de Ferreira ficava a Santa casa da Misericórdia do Porto encarregue de eleger os seus substitutos<sup>711</sup>.

Refira-se ainda que os testamenteiros receberiam dois por cento sobre as entregas realizadas, distribuídos pelos intervenientes da execução<sup>712</sup>.

A única dívida que refere possuir prende-se à subscrição que efetuou em relação ao monumento a D. Pedro IV, na cidade do Porto, dando indicação aos seus testamenteiros para procederem ao pagamento da terceira e última prestação da mesma<sup>713</sup>.

Gráfico n.º 1 – Distribuição percentual dos legados distribuídos por Joaquim Ferreira dos Santos.



Fonte: Gráfico construído com base em Ana Sílvia Albuquerque, *op. cit.*, pp. 97-102.

O gráfico anterior permite-nos verificar que, embora sejam os seus familiares que mais beneficiaram com a herança do Conde de Ferreira, as obras de beneficência e os fundos a investir na construção de 120 escolas representam também uma importante

<sup>711</sup> Idem, *ibidem*, p. 101.

<sup>712</sup> Idem, *ibidem*, p. 101.

<sup>713</sup> Idem, *ibidem*, p. 102.

fração da totalidade do legado. Note-se que o remanescente da sua fortuna deveria ser aplicado na construção e dotação financeira do hospital de alienados, pelo que se percebe são os mais desfavorecidos os principais beneficiários do seu testamento.

A grandeza dos valores atribuídos neste testamento, bem como a sua importância do ponto de vista social são facilmente verificáveis e poderão estar na origem das dificuldades que pautaram a sua execução e que serão alvo de análise no subcapítulo seguinte.

### 2.3 – A tumultuosa execução do testamento

*Ó vós todos que andaes pelas vias da administração publica, atendei e vêde se há testamenteiros como estes testamenteiros!*<sup>714</sup>

Domingos de Almeida Ribeiro, redator do testamento de Joaquim Ferreira dos Santos, vai mostrar-se muito crítico para com a testamentaria do mesmo, expressando publicamente o seu desagrado adjetivando de irregulares muitas das decisões tomadas. Os erros denunciados vão desde a constituição da testamentaria passando por muitas das decisões por ela tomadas<sup>715</sup>.

O autor parte do princípio, em nosso entender pouco correto, de que o remanescente da fortuna era deixado a interditos, razão pela qual a testamentaria deveria administrar os bens da herança como bens de menores, respeitando deste modo uma série de disposições legais que, em última análise, responsabilizam a testamentaria por qualquer perda que possa ocorrer. Ora, no testamento do Conde de Ferreira verificamos que o remanescente da fortuna, após construído e mobilado o hospital, deveria ser entregue à Santa Casa da Misericórdia do Porto, previamente averbado em efeitos de crédito público. Assim, parte da sua fortuna é entregue a uma instituição e não a interditos o que não invalida, porém, que a gestão dos bens devesse ter ocorrido de acordo com os trâmites legais e com a vontade do testador, nomeadamente no que diz respeito à obrigatoriedade de prestação de contas à Santa Casa supra mencionada<sup>716</sup>.

As críticas começam, desde logo, pela inventariação dos bens de Joaquim Ferreira dos Santos que inicialmente terá sido realizada apenas de modo parcial, o que motivou a instrução por parte do Supremo Tribunal de Justiça de um Juízo Orfanológico em Janeiro de 1867. Quando intimada para proceder ao inventário dos bens, a testamentaria terá apenas apresentado contas relativamente ao remanescente da herança, o que invalidava o cumprimento cabal das disposições do Conde de Ferreira, na medida em que os legados de maior valor deveriam ser alterados caso houvesse uma baixa dos efeitos de crédito público existentes no seu espólio. Parece certo, então, que não terá sido realizada uma descrição global de todos os bens pertencentes ao benemérito para que se pudesse apurar

<sup>714</sup> Domingos de Almeida Ribeiro, *Notícia das irregularidades da execução do Testamento do Benemérito snr. Conde de Ferreira*, Porto, Santa Casa da Misericórdia do Porto, 1884, p. 51.

<sup>715</sup> Todo o documento se pauta por um tom de forte crítica e ironia, que estão patentes na utilização de expressões como *querem os leitores saber o que fizeram os testamenteiros?; Ah, Justiça...! Justiça...!*. Idem, *ibidem*, p. 28.

<sup>716</sup> Idem, *ibidem*, p. 13-14.



a real dimensão do seu legado<sup>717</sup>.

É também criticado o facto de alguns dos bens do testador, nomeadamente objetos em prata, terem sido liquidados sem qualquer formalidade legal, chegando inclusivamente a ser adquiridos pelos testamentários o que constituía uma clara violação do Código Civil vigente<sup>718</sup>.

A liquidação dos fundos públicos que Ferreira dos Santos dispunha deveria ter sido realizada logo após a sua morte. Tal não ocorreu, provocando prejuízos calculados em 131.272\$476 reis<sup>719</sup>.

Também o curador critica a não liquidação dos fundos públicos necessária para uma completa avaliação da fortuna do Conde de Ferreira. Refere ainda que a testamentaria não só não procedeu à sua alienação como foi ainda responsável pela aquisição de novos títulos<sup>720</sup>.

Alvo de forte contestação por parte de Domingos Ribeiro foi o facto da testamentaria alegadamente se recusar a prestar contas da execução das disposições preconizadas por Ferreira dos Santos. Recorde-se que este havia instituído a obrigatoriedade de a gerência do seu testamento ter de prestar contas do remanescente da sua fortuna à Santa Casa da Misericórdia do Porto. No entanto, tendo em conta que as verbas sobrantes iriam ser aplicadas em execuções de utilidade pública, o autor do documento considera que os testamentários deveriam também prestar contas públicas da sua gerência. Alega assim que, quando parte de uma herança era aplicada numa fundação ou aplicação pia, os testamentários eram obrigados a prestar contas à autoridade administrativa competente<sup>721</sup>.

Os tribunais foram então chamados a intervir, tendo o Supremo Tribunal de Justiça dado indicação, a 12 de Novembro de 1873 para que as contas da testamentaria *fossem prestadas no inventário e tomadas pelo conselho de família com assistência do tutor e curador*<sup>722</sup>.

A escolha do local para a edificação do hospital de alienados parece não ter escapado a acesas polémicas. Recorde-se que o Conde de Ferreira deixou a decisão da

---

<sup>717</sup> Idem, *ibidem*, p.14-15.

<sup>718</sup> Idem, *ibidem*, p. 14.

<sup>719</sup> Domingos Ribeiro apresenta-nos os cálculos através dos quais chegou a este valor. Idem, *Ibidem*, p. 16.

<sup>720</sup> Idem, *ibidem*, pp. 28-29.

<sup>721</sup> Para reforçar esta necessidade, sentida por muitos, refere a existência de *comícios ruidosos contra os testamentários porque não davam contas ao público e porque não adiantavam a obra do hospital*. Idem, *ibidem*, pp. 17-20.

<sup>722</sup> Idem, *ibidem*, p. 20.

escolha do mesmo entregue à sua testamentaria e terão sido realizadas várias diligências no sentido de encontrar o local mais apropriado. Este devia reunir uma série de características tais como ser de dimensão adequada, possuir abundância de água, terrenos de cultivo, boa exposição higiénica, entre outros<sup>723</sup>.

Domingos Ribeiro parece reconhecer os esforços da testamentaria na procura da solução mais adequada, pois concorda em pleno com a rejeição de alguns locais propostos por não reunirem as condições previamente consideradas como fulcrais<sup>724</sup>. Todavia, regressa a um tom crítico para contestar a aquisição da quinta onde viria a ser construído o hospital não só pelo facto de não possuir água em abundância como também por ter sido rejeitada a oferta da quinta onde se situava o Convento da Formiga, que recentemente havia sido adquirido por 24 contos de réis. Supostamente, o novo proprietário estava na disposição de doar o edifício bem como os terrenos anexos para aí ser instalado o hospital de alienados<sup>725</sup>.

Segundo o autor, a adaptação do Convento da Formiga em hospital de alienados seria uma solução menos onerosa para a testamentaria e providenciaria excelentes condições para acolher esta população. Ora, não podemos esquecer que muitos dos defeitos de Rilhafolles advinham precisamente da adaptação de um edifício conventual para funções de assistência a alienados, circunstância frequentemente criticada por diversas vozes. Também do ponto de vista económico surgiram tentativas de desconstrução da ideia que a adaptação de um edifício existente seria mais rentável<sup>726</sup>.

Deste modo, consideramos não ter sido completamente inusitada a opção da testamentaria pela construção de raiz de um novo edifício, pois não podemos olvidar as diligências efetuadas na procura de um local que correspondesse aos preceitos científicos da época.

As alterações à planta do hospital são severamente criticadas. O autor refere-nos que o engenheiro responsável pela primeira planta do hospital de alienados se terá baseado em relatórios relativos a outras instituições congéneres, o que conferia elevada credibilidade à planta aprovada. Contudo, após doença desse mesmo engenheiro, o novo

---

<sup>723</sup> Idem, *ibidem*, p. 25.

<sup>724</sup> É feito um elenco dos vários locais propostos, bem como uma eficaz caracterização dos mesmos no que diz respeito às características previamente definidas. Idem, *ibidem*, pp. 25-27.

<sup>725</sup> Domingos refere que o arrematador se havia dirigido à mesa da Santa Casa da Misericórdia do Porto que se pronunciou referindo que não era a ela que competia a construção do hospital, entendendo posteriormente o oferente que *não devia andar de porta em porta a vêr se achava quem lhe aceitasse a oferta*. Idem, *ibidem*, pp. 27-28.

<sup>726</sup> Veja-se Joaquim Abranches Bizarro, “Considerações sobre o melhor modo de se poder estabelecer hum Hospicio de Alienados”, *Op. cit.*, p. 256-259.

encarregado da obra parece projetar diversas alterações, nomeadamente na escadaria principal, muito criticada por Domingos Ribeiro na medida em que não terão sido homologadas por conselho de peritos<sup>727</sup>.

Recorde-se que, no segundo quartel do séc. XIX, quando em Portugal se ouvem as primeiras vozes em defesa dos alienados, vários relatórios propunham a construção de um hospital de raiz para acolher esta população, nomeadamente Bernardino António Gomes<sup>728</sup>. A solução eleita vai passar pela adaptação do convento de Rilhafoles que, em 1848, acolhe os primeiros alienados provenientes do Hospital de São José. Deste modo percebemos que nem sempre a arquitetura hospitalar no séc. XIX se guiava por estudos e pareceres dos indivíduos mais qualificados. No que diz respeito ao hospital de alienados do Conde de Ferreira, podemos-nos também interrogar sobre as competências científicas de Domingos Ribeiro para criticar de modo tão acérrimo as alterações realizadas. No entanto, não é difícil percebermos que a nova construção não satisfazia na plenitude as necessidades dos alienados na medida em que, logo nos primeiros anos após a abertura são solicitadas diversas obras quer de manutenção, quer de construção de novos edifícios.

No que diz respeito à composição da testamentaria do Conde de Ferreira, o autor dá-nos conta de diversas quezílias entre os elementos que a constituíram. Recordemos que Joaquim Ferreira dos Santos manifesta em testamento a necessidade da gerência do mesmo ser constituída por não menos de três elementos. Assim sendo, e em conformidade com os desejos do testador, a primeira testamentaria a tomar posse era constituída pelo seu sobrinho, António Ferreira dos Santos, por José Gaspar e por Manuel Gualberto Soares que vem a falecer em Setembro de 1872. De acordo com as disposições testamentárias, era à Santa Casa da Misericórdia do Porto que competia a nomeação do seu substituto, o que, de acordo com o autor se realizou, tendo sido escolhido Thomaz António de Oliveira Lobo. As relações entre António Ferreira dos Santos, J. Gaspar e Thomaz Lobo não se pautavam pela cordialidade, chegando a ser pedida a sua substituição à Mesa da Santa Casa da Misericórdia do Porto, pedido que não terá sido aceite<sup>729</sup>.

Um dos motivos que terá estado na origem dos graves desentendimentos ter-se-á prendido com o facto de Thomaz Lobo ter solicitado a mudança do escritório onde funcionava a testamentaria para um local próprio, com um empregado, ao invés de

---

<sup>727</sup> Domingos de Almeida Ribeiro, *Op. cit.*, pp. 40-41.

<sup>728</sup> Bernardino António Gomes, *Op. cit.*, pp. 121-123.

<sup>729</sup> Domingos de Almeida Ribeiro, *Op. cit.*, pp. 42-44.

funcionar num edifício pertencente a José Gaspar, o que virá a suceder a 26 de Março de 1873<sup>730</sup>.

Refira-se que José Gaspar foi suspenso de funções pelo curador pelo facto de se recusar a apresentar os livros da escrituração da gerência, tendo sido nomeado para seu substituto o Dr. António Augusto Soares Cirne. Todavia, consegue levantar a suspensão pelo que o Dr. Cirne deixa de constar da gerência. Apesar disso, o autor refere que os atos da testamentaria a partir de 16 de Agosto de 1873 apenas são assinados por António Ferreira dos Santos e Thomaz Lobo, o que contraria, a ser verdade, o desejo do Conde de Ferreira, que deixara bem explícito a necessidade da sua testamentaria ser exercida por três elementos. Em última análise, Domingos Ribeiro mostra-se a favor da dissolução da testamentaria, referindo que *se a testamentaria tivesse sido julgada caduca (...) não teríamos de lamentar os erros e prejuízos que depois ocorreram*<sup>731</sup>.

O legado atribuído a Teresa Ferreira dos Santos é denunciado por Domingos Ribeiro, pois supostamente terá sido entregue sem que a mesma tenha obtido autorização prévia de seus parente para contrair matrimónio. Refere que o consentimento apenas foi apresentado já depois de casada e após o pagamento de *luvas*, dando a entender que não concordavam com este casamento<sup>732</sup>.

As comissões cobradas pela testamentaria são também elas muito criticadas. Relembramos que Joaquim Ferreira dos Santos concede uma comissão de dois por cento contados sobre as entregas e empregos na forma adequada. Domingos Ribeiro infere então que tais comissões apenas deveriam ser relativas à entrega dos fundos que foram averbados ao hospital. Chega mesmo a considerar um absurdo supor que o Conde de Ferreira renumerasse com dois por cento o trabalho meramente de secretaria da gerência da testamentaria que o mesmo resume em assinar cheques<sup>733</sup>. Parece-nos algo redutora esta interpretação das disposições testamentárias do Conde de Ferreira, no entanto, concordamos com o autor quando refere que não deveria ser cobrada qualquer comissão a quando de transações com o objetivo de empregar o dinheiro da herança pois tal não é preconizado pelo testador<sup>734</sup>.

---

<sup>730</sup> Idem, *ibidem*, p. 22.

<sup>731</sup> Domingos Ribeiro invoca o artigo 1904 do Código Civil para imputar responsabilidades a J. Gaspar na execução do testamento do Conde de Ferreira, não obstante o facto de não ter tomado parte nas decisões pois seria considerado como solidariamente responsável. Idem, *ibidem*, pp. 23-24.

<sup>732</sup> Idem, *ibidem*, p. 31.

<sup>733</sup> Domingos de Almeida Ribeiro, *Exame das contas da gerência testamentaria do Benemérito Conde de Ferreira*, Porto, Officina Typographica do Hospital Conde de Ferreira, 1891, p.2.

<sup>734</sup> Idem, *Notícia das irregularidades da execução do Testamento do Benemérito snr. Conde de Ferreira*, Op. cit., pp. 32-33.

A segunda testamentaria, a tomar posse, não procedeu também à liquidação dos fundos existentes aquando da sua tomada de posse, causando novamente prejuízos avultados<sup>735</sup>. Calculado o terço do remanescente em 678.626\$372 reis, os gerentes, em 1879, referem de necessitar ainda de cerca de 100.000\$000 para concluir e mobilar o hospital, o que vai novamente contra as disposições impostas pelo Conde de Ferreira<sup>736</sup>.

Duarte de Almeida Ribeiro empenha-se ainda em esclarecer o conceito de *efeitos de crédito público*, onde deveria ser aplicado o remanescente da fortuna do Conde de Ferreira a favor do hospital de alienados que ajudara a fundar, devendo a testamentaria procurar os que maior crédito tivessem, bem como maior garantia de perpetuidade e conservação. Este esclarecimento conceptual surge após a testamentaria ter empregue o remanescente da fortuna em títulos de dívida pública que, aparentemente, não ofereciam tantas garantias<sup>737</sup>. Percebemos que a aprovação das contas da execução do testamento foi um processo longo e tumultuoso, tendo sido nomeadas várias comissões para a análise das mesmas que sistematicamente referem a impossibilidade de aprovação ou de julgamento pois a escrituração não se encontrava regularizada<sup>738</sup>.

Quando, a pedido da Santa Casa da Misericórdia do Porto, Domingues Ribeiro efetua um exame às contas da gerência da testamentaria, dá-nos conta de pagamentos que foram lançados duas vezes, bem como outros que foram efetuados sem preencherem os requisitos que Ferreira dos Santos havia previamente definido<sup>739</sup>.

A Misericórdia portuense, como parte interessada nestas matérias, não se inibe de tecer considerações sobre a execução do testamento do Conde de Ferreira, no entanto, admite-se que dispunham de poucas informações tendo em consideração que os movimentos da testamentaria eram apresentados aos tribunais e não à Mesa da SCMP. Alerta-se, assim, para a necessidade da publicação oficial das contas, de forma metódica e regular<sup>740</sup>.

Apesar de nem sempre consensual e rodeada de acesas polémicas, a construção do Hospital de Alienados do Conde de Ferreira foi uma realidade que a partir de 1883 deu um novo alento na assistência aos alienados em Portugal.

---

<sup>735</sup> Idem, *ibidem*, pp. 37-38.

<sup>736</sup> Idem, *ibidem*, pp.39-40.

<sup>737</sup> Para reforçar a sua interpretação, o autor recorre inclusive a manuais de direito comercial e a outros indivíduos como o advogado Delfim Maia. Idem, *ibidem*, pp. 40-43.

<sup>738</sup> Idem, *ibidem*, pp. 45-47.

<sup>739</sup> Idem, *Exame das contas da gerência testamentaria do Benemérito Conde de Ferreira*, Op. cit, pp.3-8.

<sup>740</sup> Santa Casa da Misericórdia do Porto, *Relatório dos Actos da Mesa da Santa Casa da Misericórdia do Porto*, Porto, Typographia de António José da Silva Teixeira, 1885., p. 101.

## 2.4 – Um hospital em evolução

*É a dependência mais moderna d'esta administração, mas sem duvida o estabelecimento mais grandioso, que hoje possui a Santa Casa*<sup>741</sup>.

O Hospital Conde de Ferreira acabaria por ser edificado nos arredores da cidade do Porto, a Este da povoação da Cruz e Poente de Paranhos, a 150 metros acima do nível do mar, em terrenos muito férteis onde se cultivavam diferentes verduras e árvores de fruto, que dispunham também de pinheiros, numa área que alcançava os 120 000 m<sup>2</sup> de superfície<sup>742</sup>.

Sena refere-nos que a *unidade de construção*, ou seja, o preço por leito, foi de 1593\$263 reis. Apesar de assumir que não dispunha de conhecimentos para avaliar se este valor havia sido exagerado ou regular, não deixa de mencionar que as obras terão sido feitas tendo em conta determinantes económicas, como pôde verificar em relação ao período em que esteve ao serviço da testamentaria. O autor acaba por reconhecer que o custo terá sido moderado não deixando de indagar se seria possível construir um outro hospital para 329 alienados em melhores condições económicas sem prejuízo das condições de higiene<sup>743</sup>.

A arquitetura hospitalar foi, no seu cômputo geral, criticada pelo novo diretor que se mostrava desfavorável à tendência de construção de edifícios *magníficientes e monumentais*, em desprezo de soluções em pavilhões separados que seria, no seu entender, *muito preferível económica e medicamente à construção que se fez*<sup>744</sup>.

<sup>741</sup> Santa Casa da Misericórdia do Porto, *Relatório dos Actos da Mesa da Santa Casa da Misericórdia do Porto*, Porto, Typographia de António José da Silva Teixeira, 1885, p. 93.

<sup>742</sup> António Maria de Sena, *Op. cit.*, p. 297.

<sup>743</sup> Esta reflexão surgiu na medida em que outros hospitais de alienados necessitavam de ser construídos e Sena considerava *que com uma percentagem muito menor por leito se poderia construir um hospital d'alienados*. Para tal recorre aos relatórios de Costa Simões que calculou, no máximo, a quantia de 436\$892 reis por leito para um hospital da misericórdia. No entanto, num hospital de alienados existiam determinadas exigências que faziam encarecer o custo da obra quando comparado com um hospital geral. Note-se em primeiro lugar que num hospital geral o doente passava a maior parte do tempo na enfermaria, enquanto o alienado apenas dormia na estrutura correspondente (dormitório). Assim, precisaria de salas de recreio, jardins, oficinas, terrenos cultiváveis para que possa ocupar-se ou distrair-se. Esta necessidade fazia aumentar em muito a unidade de construção. Também as repartições especiais para imundos e furiosos reclamavam maior cuidado na construção havendo ainda a necessidade de preparar aposentos para o pessoal assistente. Deste modo, Sena calculava que para um hospital de alienados a unidade de construção deveria ser o dobro da calculada por Costa Simões para hospitais gerais. António Maria de Sena, *Os alienados em Portugal – O Hospital Conde de Ferreira*, Porto, Imprensa Portuguesa, 1885, p. 69.

<sup>744</sup> Idem, *ibidem*, p. 70.

António Maria de Sena apresenta-nos uma estampa das instalações hospitalares<sup>745</sup> onde expõe as diversas dependências que constituíam a nova instituição. Todo o edifício era simétrico e estamos em crer que esta opção não teve por base critérios de ordem arquitetónica mas sim científica, na medida em que deste modo era facilitada a divisão dos alienados de acordo com o seu sexo, como se preconizava nas instituições modernas similares, princípio este também consagrado no regulamento interno<sup>746</sup>. Evidenciava-se o edifício principal com quatro corpos. O corpo frontal era formado por dois pavimentos e o respetivo corpo paralelo por três pavimentos. Também os dois corpos perpendiculares eram de dois pisos. No interior desta estrutura encontrávamos ainda com um corpo paralelo ao frontal, de um só piso, onde estavam instaladas as repartições centrais de banhos. Ainda no corpo frontal encontravam-se a cozinha e a capela. Deparamo-nos também com mais dois edifícios: a casa mortuária e um destinado à lavandaria e à roupa geral, localizados a norte do edifício principal. Destacamos a torre que continha o depósito de água, junto à lavandaria, e ainda dois tanques de água existentes no espaço da quinta<sup>747</sup>.

Somos informados que, numa fase inicial, os responsáveis pelo projeto do hospital desconheciam a necessidade de construção de uma casa mortuária, no entanto, a Mesa da SCMP atendeu ao pedido do diretor do hospital neste sentido. Este anexo era de um só piso e encontrava-se dividido em três partes distintas: depósito de cadáveres, uma zona para realização de autópsias e outra para estudos de microscopia e fisiologia. A dotação do serviço era de 200\$000 reis anuais, o que permitiria que se fossem adquirindo novos materiais de estudo a acrescentar aos indispensáveis que já aí se encontravam<sup>748</sup>.

As obras da lavandaria foram efetuadas após a nomeação de Sena como diretor e foi preferido o sistema a vapor de Oscar Schimmel e C'a de Shmmitz. O autor considerava que se tratava do primeiro aparelho do género em Portugal e por isso fez uma exposição sobre o mesmo, transcrevendo uma descrição do sistema, que traduziu para português, *com o fim de ser aproveitada pelo pessoal da casa*. O edifício da lavandaria seria composto por quatro salas, das quais três seriam destinadas às máquinas de lavar e a

---

<sup>745</sup> Veja-se o anexo n.º 6.

<sup>746</sup> Sena refere inclusive que estávamos perante *dois hospitais*. Os alienados do sexo masculino ocupariam o lado norte do edifício, enquanto os do sexo feminino seriam acolhidos no lado sul. António Maria de Sena, *Os alienados em Portugal*, *Op. cit.*, pp. 298-300.

<sup>747</sup> *Idem*, *ibidem*, pp. 298-299.

<sup>748</sup> Sena informa-nos dos instrumentos disponíveis, nomeadamente instrumentos de microscopia, para autópsia e dissecação e ainda de fisiologia experimental. António Maria de Sena, *Os alienados em Portugal – O Hospital Conde de Ferreira*, *Op. cit.*, p. 59.

última conteria a máquina a vapor que também se empregava para a elevação das águas. Para este sistema de lavagem de roupa eram indispensáveis uma série de aparelhos, nomeadamente um barreleiro a vapor, uma máquina de lavar<sup>749</sup>, um tanque de passar a roupa<sup>750</sup>, um hidro extrator centrífugo, uma estufa, uma calandra e várias tinas acessórias para maceração da roupa, preparação da lixívia e solução de sabão<sup>751</sup>. Percebemos a importância desta dependência, na medida em que o hospital iria acolher um importante número de alienados cujas características frequentemente conduziam a uma necessidade recorrente de se proceder à limpeza quer das roupas das enfermarias, quer das indumentárias dos próprios doentes.

O depósito de água tinha a capacidade de 40 m<sup>3</sup> e enchia-se em uma hora. A torre elevava o depósito a 15 m situando-o assim a uma altura superior em 1,8 m do edifício hospitalar, permitindo que a água fosse facilmente distribuída pelo imóvel, exceto em caso de incêndio nos telhados<sup>752</sup>. Para que a água pudesse ser aproveitada para este fim, ter-se-ia que proceder a uma maior elevação do depósito. Este passo teria consequências na despesa diária com a ascensão das águas e na carga exageradas nas pontas inferiores do edifício<sup>753</sup>. Deparamo-nos aqui com a presença do binómio custo/benefício que vai pautar a direção de Sena, que faz notar o espírito ponderado do diretor.

A qualidade da água era tida como excelente, porquanto era *límpida, inodora, dissolve bem o sabão e coze bem os alimentos*. No entanto, no inverno, quando chovia muito, esta podia apresentar-se um pouco turva devido à elevada permeabilidade do terreno<sup>754</sup>.

Considerava-se que a quantidade de água seria suficiente para as necessidades do hospital. No entanto, o autor refere-nos que a administração *foi feliz* ao encontrá-la com tanta abundância, pois só teria efetuado pesquisas quando o edifício estava quase concluído. Foi também durante a exploração, ou seja, quase terminadas as obras, que Sena foi consultado sobre *a quantidade provável d'água necessária para os diferentes ramos de serviço hospitalar*<sup>755</sup>. O diretor do hospital conclui que este se encontrava muito bem

---

<sup>749</sup> Veja-se o anexo n.º 7.

<sup>750</sup> Veja-se o anexo n.º 8.

<sup>751</sup> O autor explica-nos o funcionamento de todos estes aparelhos recorrendo a diversas ilustrações. Idem, *ibidem*, pp. 59-63.

<sup>752</sup> Veja-se o anexo n.º 9.

<sup>753</sup> Idem, *ibidem*, p. 33.

<sup>754</sup> Idem, *ibidem*, p. 33.

<sup>755</sup> A questão do abastecimento de água ao hospital era de sobejá importância. Antes de determinar o consumo de água julga que no interior de um hospital este não seria semelhante ao da vida rústica ou urbana. Considerava no entanto que a água necessária para um hospital de alienados seria um pouco inferior à dos hospitais comuns pois nestes *a variedade de padecimentos, e em especial as moléstias cirúrgicas, febres*



dotado de água, tendo sido pedido 200 litros de água por habitante. Ressalva apenas a necessidade de preservar a galeria de águas dos perigos resultantes da proximidade com os canos de esgoto<sup>756</sup>. Todavia, mais tarde, em 1898, é-nos referido que *há muitos anos que é sensível a falta d'água para o abastecimento do hospital*. Tal facto devia-se ao aumento significativo da população, às novas latrinas (que eram responsáveis por uma descarga de 10 l de água de 20 em 20 minutos) bem como a água utilizada no regadio das culturas existentes no hospital<sup>757</sup>.

As preocupações de carácter higiénico são visíveis quando o diretor do hospital nos refere que o edifício dispunha de uma boa exposição solar e fácil acesso aos ventos, ainda que os pinheirais existentes protegessem o edifício dos *ventos incómodos*<sup>758</sup>. Também no âmbito destas considerações é-nos referido que a cubagem de ar disponível para os alienados variava entre os 31 e 73,5 m<sup>3</sup>. O autor refere que o valor mínimo era suficiente e que o máximo era *considerável*. Alude de novo às particularidades dos alienados que durante o dia circulam ao ar livre, necessitando por isso de menos cubagem à noite. Considera também que a ventilação é favorecida pela existência de janelas e portas de grande dimensão. No entanto, acrescenta que se poderiam ter aberto frestas inferiores, ao nível do pavimento e superiores junto ao teto, como complemento<sup>759</sup>.

As repartições centrais de banhos, uma para cada sexo, continham cinco banheiras sendo três de zinco destinadas a alienados de 3ª classe e duas de cobre estanhado para a 1ª e 2ª classes. Encontrava-se ainda disponível um aparelho *para duches de todas as formas*<sup>760</sup>. O aparelho de banhos havia sido construído na casa Piet e C.<sup>a</sup> de Paris, tomando por modelo um aparelho semelhante do Dr. Berri-Barde que se encontrava no *Traité Therapeutique et pratique d'hydrotherapie*<sup>761</sup>. Começamos a entender quais as regalias

---

*graves e doenças de pelle pedem cuidados hygienicos mais austeros*. Todavia algumas características da população alienada concorriam para um aumento da necessidade de água no hospital de alienados. Sena recorreu a estudos relativos ao consumo de água nos grandes centros urbanos bem como nos estabelecimentos que acolhem elevado número de pessoas como os hospitais e prisões e acabar por definir que para o HCF seriam necessários cerca de 200 litros por indivíduo de consumo diário, ou seja, cerca de 80 000 litros diários contando já com a água necessária para a irrigação da quinta. Idem, *ibidem*, pp. 33-46.

<sup>756</sup> Idem, *ibidem*, p. 71.

<sup>757</sup> Santa Casa da Misericórdia do Porto, *Relatório dos Actos da Mesa da Santa Casa da Misericórdia do Porto*, Porto, Typ. a vapor de Arthur José de Souza & Irmão, 1898, pp. 458-459.

<sup>758</sup> António Maria de Sena, *Os alienados em Portugal*, Op. cit., p. 300.

<sup>759</sup> Sena resume as suas conclusões neste âmbito, afirmando que *deve confessar-se, porém, que, attentas as circunstancias apontadas, pôde reputar-se o estabelecimento regularmente dotado quanto à cubagem e ventilação*, António Maria de Sena, *Os alienados em Portugal – O Hospital Conde de Ferreira*, Op. cit., p. 71.

<sup>760</sup> Idem, *ibidem*, p. 46. Veja-se o anexo n.º 10.

<sup>761</sup> Sena justifica a opção de mandar construir este aparelho de banhos referindo que *sendo de pequenas dimensões a casa de que podia dispor para os duches de toda a espécie, em logar de installar separadamente os aparelhos indispensáveis para as applicações mais usuas julguei mais conveniente*

que os doentes de classes mais elevadas possuíam durante o seu internamento. Estas vão materializar-se noutros domínios, como na qualidade dos seus aposentos e da sua alimentação.

Existiam ainda no hospital mais oito casas destinadas a banhos: quatro nas enfermarias de furiosos, duas nas enfermarias de 1ª classe e duas nos aposentos do diretor e médico adjunto. Encontrava-se também disponível um duche vertical em cada uma das quatro enfermarias de furiosos. A vantagem de se poder dar banho aos furiosos na sua própria enfermaria parece ser facilmente compreendida e consistia essencialmente em poupar os outros doentes *ao incommodo e inconvenientes da passagem dos furiosos pelas suas enfermarias contíguas, e de se encontrarem com eles na repartição central*<sup>762</sup>. Acrescentamos a este benefício uma maior facilidade logística, pois não se devia afigurar como fácil a deslocação dos doentes furiosos até á repartição central de banhos, dado o seu frequente estado de agitação. O fornecimento de água quente para os banhos provinha de uma caldeira circular, com 1 m<sup>3</sup> de capacidade, que se encontrava na cozinha e que era aquecida através de uma fornalha<sup>763</sup>.

Outra preocupação que assistiu Sena foi a questão da iluminação do hospital, pois este julgava que *um hospício d'alienados dever ser bem iluminado, para ser possível a vigilância continuada, e por outra parte devem prevenir-se os perigos resultantes do fácil acesso aos fôcos de iluminação*. Nas enfermarias de furiosos, dada a especificidade da sua população, a iluminação era feita no exterior dos quartos. Já nas restantes enfermarias, os corredores eram iluminados por bicos de gás colocados a uma altura considerável. Dentro dos dormitórios introduziram-se lamparinas de azeite, fixas numa extremidade a uma altura elevada. No restante edifício a iluminação era feita através de gás, perfazendo um total de 220 bicos no edifício principal e construções anexas. O autor considera que a

---

construir um aparelho com condições necessárias para facilmente se poderem administrar os duches principaes. Não achei notícia de aparelho mais apropriado a este fim, que o do Dr. Berri-Barde. O Dr. Piet, tomando as minhas indicações, compôs o aparelho que realisa as condições desejadas, no qual podem dar-se banhos de duche verticaes, de forma differente, circulares, parciais ou geraes, quentes, temperados ou frios; e também n'elle se toma a alimentação d'agua para os banhos de assento na denominada cadeira de banhos de assento, e para os banhos em forma de lança, dados a distâncias variáveis. Idem, *ibidem*, p. 48.

<sup>762</sup> Idem, *ibidem*, p. 48.

<sup>763</sup> Sena explicava-nos assim o funcionamento destes dispositivos: *como o deposito, pela altura a que está, tem carga suficiente para levar a água a todo o edificio, quando se abrem as torneiras das banheiras ou dos aparelhos de duchas, a água quente da caldeira sobe pela pressão, e vae pela tubagem superior alimentar todos os aparelhos, substituindo-se na caldeira o volume d'água sahido por volume igual d'água fria que entra pela tubagem inferior (...)* Basta accender a fornalha meia hora antes d hora regulamentar para a administração dos banhos, prescriptos de véspera, para o serviço se fazer com prontidão e facilidade. Idem, *ibidem*, p. 49.

principal vantagem da iluminação a gás, inicialmente recebida com renitência, residia no aspeto económico<sup>764</sup>.

Sena, que havia sido consultado sobre a melhor forma de iluminar o edifício, procurou informar-se cabalmente sobre esta temática. Apesar dos candeeiros, quando alimentados por qualquer óleo ou a gás, fornecerem produtos de combustão que diminuía a qualidade do ar, a elevada cubagem disponível para cada doente e as boas condições de arejamento e ventilação tornavam o meio de iluminação indiferente, muito embora as características da população internada fizessem o diretor ponderar outros fatores. Assim, julgava que seria necessário uma vigilância muito apertada para evitar inconvenientes devido a qualquer descuido relacionado com os bicos de gás, pelo que estes não deviam ser utilizados no interior das enfermarias, podendo no entanto empregar-se nos corredores, refeitórios e outras repartições. O autor refere ainda estudos que procuravam determinar qual a luz artificial que mais se assemelhava à luz natural, provocando deste modo menores efeitos nefastos no aparelho ocular dos doentes. Esses estudos pareciam concluir que era a luz proveniente da combustão dos corpos gordos, particularmente do azeite, que menores danos causavam nos enfermos<sup>765</sup>. Notamos que Sena tinha por mais adequada a iluminação elétrica mas os seus elevados custos não permitiam o seu uso imediato<sup>766</sup>.

Também a questão dos esgotos hospitalares lhe mereceu grande atenção. O sistema adotado havia sido o inglês, que estava já praticamente concluído quando Sena tomou posse como diretor, tendo sido consultado sobre como deveriam terminar as canalizações. Todavia, o avançado estado das obras não permitiu que todos os seus pedidos fossem atendidos na procura das soluções mais higiénicas para o hospital<sup>767</sup>.

As apreciações que Sena tece sobre o sistema de iluminação e de esgotos do hospital mostram-nos o seu empenho em que o novo hospital portuense dispusesse das

---

<sup>764</sup> Idem, *ibidem*, p. 50.

<sup>765</sup> O autor alude à particularidade de, no caso dos alienados, *o fundo do olho, e mesmo todo o aparelho estão interessados no processo pathologico (...) que taes lesões são frequentemente o ponto de partida de tormentosas allucinações e ilusões, explicativas da inquietação dos doentes; e que o silencio absoluto, quero dizer, a suspensão completa da recepção d'impressões é meio therapeutico racional, muitas vezes de preciosos efeitos*. Idem, *ibidem*, pp. 51-52.

<sup>766</sup> Idem, *ibidem*, pp. 49-50.

<sup>767</sup> Sena demora-se nas considerações que faz sobre esta temática analisando as vantagens e desvantagens do método inglês, propondo diversas soluções para os inconvenientes que encontra, com um discurso pontuado por críticas ao facto de nenhum médico ter sido consultado para validar o projeto inicial da canalização do hospital. Idem, *ibidem*, pp. 66-68. Para conhecimento das especificidades técnicas da canalização do hospital veja-se Testamentaria do Conde de Ferreira, *Construção do Hospital d'alienados da Cruz – Empreitada para a conclusão dos canos geraes*, [s.l.], [s.n.], [s.d.].

melhores condições higiénicas possíveis. Enveredando em domínios que muito provavelmente lhe seriam pouco conhecidos, dado a sua especificidade técnica, não nos resta outra opção senão concluir pelo seu firme compromisso com a ciência e a forma como esta poderia ser colocada ao dispor da medicina, em especial, do tratamento dos alienados.

Era no corpo central do edifício que se situavam algumas repartições dos serviços gerais como a secretaria, o gabinete do diretor, a casa de aceitação, o laboratório de antropologia e a farmácia, sendo também aqui que os empregados superiores como o diretor, o médico-adjunto, o secretário, o fiscal e o farmacêutico dispunham de habitação<sup>768</sup>.

O laboratório de antropologia não se encontrava em pleno funcionamento aquando da abertura do hospital, no entanto, dispunha já de instrumentos para os estudos de antropometria, como outro material necessário para algumas aplicações terapêuticas<sup>769</sup>. Os instrumentos para este laboratório haviam sido adquiridos para os primeiros ensaios, completando-se posteriormente o arsenal para estudos rigorosos. Existiam ainda nas enfermarias com mais doentes estojos para pequenas operações e curativos, bem como os apósitos necessários. O autor refere que dispunha assim de todo o material necessário para os casos médicos e cirúrgicos, afirmando que com aquisições regulares mais se poderia satisfazer tal ensejo<sup>770</sup>.

Os doentes encontravam-se distribuídos por 14 diferentes enfermarias tendo por base, em primeiro lugar, um critério de separação de género, em seguida, um de separação de classes e ainda, um terceiro critério de acordo com algumas particularidades comportamentais, como podemos verificar pela tabela seguinte.

---

<sup>768</sup> António Maria de Sena, *Os alienados em Portugal*, *Op. cit.*, p. 300.

<sup>769</sup> Constavam do inventário deste laboratório alguns instrumentos de antropometria (fita métrica, fio-de-prumo, compasso de corrediça, dinamómetro, esquadro para medir os ângulos faciais, etc.), de uso clínico (desengasgador articulado, pinça de callin, esteriómetros, espéculo anal, espéculo vaginal, caixa de instrumentos de dentes, caixa de instrumentos para amputações, caixa de instrumentos de ouvidos, entre outros).

<sup>770</sup> Sena acabar por elencar os instrumentos de antropometria e de uso clínico existentes. António Maria de Sena, *Os alienados em Portugal – O Hospital Conde de Ferreira*, *Op. cit.*, pp. 56-57.

Tabela n.º 1 – Distribuição dos alienados pelas diferentes enfermarias de acordo com os critérios de género, classe e comportamental.

Homens	1.ª e 2.ª classes	1.ª Enfermaria - Tranquilos e convalescentes
Mulheres		2.ª Enfermaria – Agitados
		6.ª Enfermaria – Furiosos
Homens	3.ª classe	5.ª Enfermaria - Tranquilos e ligeiramente agitados
Mulheres		3.ª Enfermaria - Agitados e imundos
		7.ª Enfermaria - Convalescentes, dementes e idiotas
		4.ª Enfermaria – Furiosos

Fonte: Tabela construída com base em António Maria de Sena, *Os alienados em Portugal, Op. cit*, pp. 302-312.

Note-se que na tabela anterior não encontramos enfermarias específicas para indigentes. Sena refere-nos que estes, que viriam a constituir a maioria da população alienada, poderiam habitar enfermarias de 1.ª ou 2.ª classe. Todavia, estamos em crer que

tal não deveria suceder, pois estas enfermarias, com melhores condições, estariam reservadas para indivíduos que pudessem efetivamente pagar as quantias solicitadas, ficando as enfermarias de 3ª classe reservadas também para os indigentes.

A separação dos doentes por classes tinha em vista o respeito pela hierarquia social dos alienados, no entanto, não se procurava *sancionar num asilo de doentes diferenças sociais* mas sim *respeitar as susceptibilidades que nela se fundam e que certamente seriam ofendidas com a promiscuidade*, considerando inclusivamente que o médico alienista tinha o dever de respeitar esta e outras suscetibilidades<sup>771</sup>.

António Maria de Sena empreende uma descrição de todas estas enfermarias, acompanhadas com as devidas estampas onde nos dá conta, para além da descrição física dos espaços e da cubagem respetiva, dos recursos humanos afetos a cada um destes espaços.

As enfermarias para tranquilos e convalescentes de 1.ª e 2.ª classe poderiam acolher 52 doentes que seriam auxiliados por 10 empregados (seis criados, dois enfermeiros e dois ajudantes), o que perfazia um rácio de 1 funcionário para cada 5,2 doentes. Observando com atenção a estampa publicada<sup>772</sup> verificamos que os utentes de 1.ª classe habitavam o 1.º andar enquanto os da 2.ª classe se encontravam no rés-do-chão. Aos doentes de 1ª classe estavam destinados quartos de uma ou duas camas, enquanto aos de segunda classe estavam reservadas enfermarias com duas ou três camas. A sala de recreio e o refeitório eram comuns a ambas as classes<sup>773</sup>. O mobiliário e restante decoração destas enfermarias deviam ser *como os de uma casa particular montada com asseio e conforto*, podendo, em alguns casos, os quartos ser tapetados e as janelas e portas protegidas com cortinas<sup>774</sup>. Compreende-se que as dependências dos alienados de classes superiores se distinguissem pelo seu maior conforto, não só devido à mensalidade que a estes era cobrada, como também devido à filosofia instituída que procurava que o meio hospitalar em muito se assemelhasse, em termos de condições logísticas, ao meio ambiente do alienado.

As enfermarias para agitados de 1.ª e 2.ª classe situavam-se no primeiro andar dos corpos perpendiculares e podiam comportar 22 doentes que eram assistidos por oito empregados (dois enfermeiros e seis criados), perfazendo um rácio de 1 empregado para

---

<sup>771</sup> António Maria de Sena, *Os alienados em Portugal*, Op. cit., p. 316.

<sup>772</sup> Veja-se o anexo n.º 11.

<sup>773</sup> Idem, *ibidem*, p. 303.

<sup>774</sup> Idem, *ibidem*, p. 302.

cada 2,75 doentes. Nestas enfermarias existiam dois quartos com seis camas cada um e um outro com dois leitos. Dispunham de recreio e refeitório próprios. No rés-do-chão, por baixo destas enfermarias, encontravam-se seis enfermarias de observação, que poderiam acolher ou doentes afetados de doença aguda ou doentes a quem não tenha ainda sido reconhecida a loucura, e seis divisões cuja função aparece descrita como depósito<sup>775</sup>.

As enfermarias para os doentes furiosos, também descritos como perigosos, eram semelhantes quer para os indivíduos de 1.<sup>a</sup> e 2.<sup>a</sup> classe (situadas no 1.º andar dos prolongamentos dos corpos perpendiculares) quer para os de 3.<sup>a</sup> classe (situadas no rés-do-chão dos prolongamentos dos corpos perpendiculares)<sup>776</sup>. Cada uma destas enfermarias comportava sete células individuais, casa de banho, sala e quarto para enfermeiro. Através das estampas apresentadas parece-nos também que existia uma dependência para acolher dois criados. Os recursos humanos afetos a estas enfermarias eram em número de 12 (quatro enfermeiros e oito criados) perfazendo um rácio de 1 empregado para cada 2,3 doentes<sup>777</sup>. Sena demora-se a descrever estas enfermarias salientando que dispunham de uma galeria ampla, *muito iluminada pela luz natural*, destacando as portas das células, de madeira, com um postigo no centro, que abria para o interior da célula, por onde era fornecida a alimentação ao alienado. Um pouco acima deste postigo existiam duas aberturas circulares com o propósito de permitir uma vigilância do doente. As janelas dos quartos encontravam-se a uma altura que não permitia que o alienado, mesmo subindo para a cama, pudesse alcançá-las. As portas das janelas dispunham, na sua parte superior, de uma rede metálica que permitia a entrada de ar e luz natural durante o dia e da luz artificial, através de um bico de gás colocado a parede oposta, durante a noite<sup>778</sup>. Os esforços que Sena empreende na descrição destes quartos para furiosos parecem procurar um distanciamento com o Hospital de Rilhafoles, onde dependências semelhantes haviam sido duramente criticadas.

Um dos quartos que formavam estas enfermarias dispunha de condições especiais com o intuito de acolher doentes em situações de maior agitação. Assim, *às faces internas das paredes e portas estão justapostas peças elásticas portáteis, que protegem o doente quando no furor da agitação possa ferir-se*. Existia ainda um quarto cujo pavimento se encontrava forrado de zinco e inclinado para um esgoto, destinado a doentes que, além

<sup>775</sup> Idem, *ibidem*, pp. 302-304. Veja-se o anexo n.º 12.

<sup>776</sup> Veja-se o anexo n.º 13.

<sup>777</sup> Estes empregados eram permanentemente afetos ao serviço destas enfermarias. No entanto, em casos excecionais, poderiam ser auxiliados por outros de forma temporária. Idem, *ibidem*, p. 306.

<sup>778</sup> Idem, *ibidem*, pp.302-306.

de agitados, eram imundos. Merece também nota de destaque o facto de o chefe de serviço, ou seja, o enfermeiro, ter à sua disposição um telefone que poderia utilizar para solicitar ajuda sempre que necessário<sup>779</sup>. A existência de apenas um quarto com estas características para cada sexo viria a mostrar-se insuficiente e entendemos que tal situação deveria ser do conhecimento de Sena, dado as informações que ele possuía sobre a população alienada e tendo em conta o exemplo do que se passava em Rilhafoles. Assim parece-nos correto falarmos em um planeamento algo deficitário no que às condições dos alienados furiosos dizia respeito.

As enfermarias de 3.<sup>a</sup> classe para doentes tranquilos e ligeiramente agitados situavam-se no primeiro andar do corpo paralelo e eram ligeiramente diferentes pois a enfermaria masculina acolhia 42 doentes, enquanto a feminina apenas 37 alienadas<sup>780</sup>. Esta diferença deve-se à existência de uma divisão na ala feminina para utensílios, o que não acontecia na ala masculina. A cada enfermaria encontravam-se adstritos quatro empregados (um enfermeiro, um ajudante e dois criados) perfazendo um rácio de 1 empregado para cada 10,5 doentes na ala masculina e 1 empregado para cada 9,25 alienados na ala feminina. Estes rácios, substancialmente inferiores aos encontrados nas outras enfermarias, são justificados por Sena devido ao facto de uma importante parte desta população se ocupar, durante o dia, no serviço do estabelecimento e nas oficinas existentes. Nestas enfermarias deparamo-nos com quartos que podiam acolher até 12 camas<sup>781</sup>.

As enfermarias para doentes agitados e imundos de 3.<sup>a</sup> classe situavam-se no rés-do-chão do corpo paralelo e comportavam 31 doentes do sexo masculino e 35 do sexo feminino, estando alocados cinco empregados (dois enfermeiros e três criados) para cada uma das enfermarias, perfazendo um rácio de 1 empregado para cada 6,2 doentes na ala masculina e de 1 empregado para cada 7 doentes na ala feminina<sup>782</sup>. Também aqui os quartos podiam comportar até 12 camas. Dadas as características desta população, as camas dispunham de grades pois os doentes podiam estar agitados e alguns colchões podiam ser divididos, permitindo uma substituição parcial dos mesmos, visto que os doentes podiam ser imundos. Estas enfermarias dispunham cada uma de um refeitório e de uma sala de reunião bem como dependências para armazenamento de utensílios.

---

<sup>779</sup> Idem, *ibidem*, p. 306.

<sup>780</sup> Veja-se anexo n.º 14.

<sup>781</sup> Idem, *ibidem*, pp. 308-309.

<sup>782</sup> Veja-se anexo n.º 15.



As enfermarias para convalescentes, dementes e idiotas de 3.<sup>a</sup> classe situavam-se no 2.º andar do corpo paralelo e podiam acolher 38 doentes de cada sexo<sup>783</sup>. Os recursos humanos disponíveis eram de quatro empregados (um enfermeiro, um ajudante e dois criados), perfazendo um rácio de 1 empregado para cada 9,5 doentes. Nestas enfermarias encontramos, além do refeitório, uma oficina que na ala masculina era de sapateiro e na feminina de sapatos de liga.

No que diz respeito ao mobiliário com que o hospital foi dotado, há a referir que este era diferenciado tendo por base a classe dos alienados, bem como as suas características comportamentais. Assim, para indivíduos de 1.<sup>a</sup> e 2.<sup>a</sup> classe, tranquilos e convalescentes, as camas eram de madeira. Para todos os outros alienados eram de ferro, existindo um modelo com grades e outro sem qualquer tipo de guarda. A principal particularidade destes leitos residia no facto das respectivas travessas serem cravadas através de parafusos que as fixavam. O objetivo seria o de evitar que os doentes desmanchassem as camas e pudessem utilizar as suas peças como *instrumentos de agressão*. O modelo que dispunha de grades destinava-se aos doentes que corriam risco de cair do leito. Estava ainda disponível um outro tipo de leito, denominado de alemão, construído em madeira almofadada com lastro de rede metálica que tinha a particularidade de possuir grades de madeira altas e almofadadas na sua face interna. Este modelo destinava-se a doentes agitados que podiam *conter-se facilmente deitados*. Cada cama dispunha de um colchão e enxergão, travesseiro e travesseira<sup>784</sup>. Os travesseiros eram em forma de cunha, formando um plano inclinado, e cobertos com o lençol, dispensando assim o uso da fronha. Nas enfermarias de furiosos, a cama reduzia-se a um colchão colocado no pavimento com a respetiva roupa<sup>785</sup>.

Tendo em consideração as descrições que António Maria Sena nos faz, o HCF tinha uma lotação total de 329 doentes, dos quais 165 seriam homens e 164 mulheres, pertencendo 94 à 1.<sup>a</sup> e 2.<sup>a</sup> classes e 235 à 3.<sup>a</sup> classe. Para assistir estes doentes, o hospital dispunha de 14 enfermeiros, 6 ajudantes e 36 criados, num total de 56 empregados diretamente ligados ao serviço assistencial, aos quais podemos acrescentar o fiscal do serviço clínico e os seus quatuor empregados que estavam sob a sua alçada para o *serviço volante*. Deste modo, o rácio geral seria de 1 empregado para cada 5,4 doentes, o que

---

<sup>783</sup> Veja-se o anexo n.º 16.

<sup>784</sup> Veja-se o anexo n.º 17.

<sup>785</sup> Sena acaba por nos informar sobre toda a roupa e mobília que deveria estar disponível para cada alienado de acordo com a sua classe. António Maria de Sena, *Os alienados em Portugal – O Hospital Conde de Ferreira*, Op. cit, pp. 54-56.

parece satisfazer Sena quando este refere que a associação dos alienistas americanos, nas suas recomendações de 1853, afirmava que esse rácio nunca devia ser inferior a 1 para 10<sup>786</sup>.

De grande importância também era a existência de diversos jardins e parques por onde, caso o tempo assim permitisse, os alienados poderiam deambular. Caso as condições atmosféricas não fossem favoráveis, deveriam ocupar-se nas salas de recreio ou passeando nos corredores de modo a que apenas à noite se dirigissem para os seus quartos, o que permitia que estes fossem limpos e arejados pela manhã<sup>787</sup>.

Os diversos refeitórios existentes no hospital eram descritos como *alegres, espaçosos, amplamente ventilados e iluminados*<sup>788</sup>. Era aqui que a maioria dos alienados se alimentava, excetuando os doentes de 1.<sup>a</sup> classe que o solicitassem, os doentes furiosos (independentemente da classe), ou qualquer outro alienado por motivo clínico atendível. Os refeitórios dos doentes agitados tinham ainda uma série de medidas que procuravam reforçar a segurança naquele espaço. Assim, as mesas podiam fixar-se ao pavimento tal como os bancos de ferro e madeira<sup>789</sup>.

Apesar de António Maria de Sena nos dar conta, com algum pormenor, de muitas das dependências do novo hospital, notamos que as referências que faz às oficinas, à quinta e às salas de recreio são reduzidas, o que nos pode levar a crer numa diminuta importância das mesmas ou, por outro lado, que estas não se encontravam ainda concluídas.

É finalmente inaugurado, a 24 de Março de 1883, o novo hospital de alienados, numa cerimónia curta e discreta após a qual António Maria de Sena e Júlio de Matos observaram os primeiros 29 doente que vieram transferidos do HSA<sup>790</sup>.

Embora se observasse que o hospital dispunha de boas condições, muitas foram as obras de melhoria e de manutenção que ao longo da cronologia analisada foi necessário empreender. Tal facto derivava não só de defeitos estruturais que vão sendo encontrados pela administração<sup>791</sup> como também das características da própria população internada

<sup>786</sup> António Maria de Sena, *Os alienados em Portugal*, *Op. cit.*, pp. 314-315.

<sup>787</sup> *Idem, ibidem*, p. 317.

<sup>788</sup> Veja-se o anexo n.º 18.

<sup>789</sup> *Idem, ibidem*, pp. 318-319.

<sup>790</sup> Carlos Mota Cardoso, “António Maria de Sena: o homem e o seu tempo”, in Adrian Gramary (coord.), *Luzes e sombras do alienismo em Portugal*, Porto, Santa Casa da Misericórdia do Porto, 2012, p. 107.

<sup>791</sup> As críticas à testamentaria do Conde de Ferreira faziam-se nos seguintes termos: *o edifício d'este Hospital foi construído sob a direcção de uma testamentaria, que deixou de si triste memória. Quando há dez anos entrei ao serviço da administração superior da Misericórdia, apenas um anno era decorrido desde que o edificio fôra entregue pela testamentaria, e já então eram indispensáveis reparações de importância. O risco architectonico foi mau, mas péssima foi a construção. Causa lastima vêr tanto*

que não prezava pela salvaguarda do material edificado. Estas obras, custeadas pelo próprio hospital na sua totalidade, representavam um dos motivos pelos quais a saúde financeira da instituição não era a mais almejada. São recorrentes, em todos os relatórios analisados, as críticas à construção do hospital que consagraram a existência de muitos defeitos estruturais, chegando inclusivamente a considerar-se que foram utilizados materiais de má qualidade na estrutura do edifício<sup>792</sup>. Os elevados valores gastos com a sua manutenção derivam também da larga extensão do mesmo, como devido ao elevado número de *portadas, janellas e outros detalhes da edificação* que, estando expostos ao elemento da natureza, exigiam uma frequente manutenção com uma consequente despesa elevada em materiais e mão-de-obra<sup>793</sup>.

Em 1884, foram gastos 2 667\$619 reis<sup>794</sup> em despesas extraordinárias que compreenderam obras na cozinha, farmácia, despensa, na canalização do gás, na aquisição de uma bomba de pressão para o parque, de bacias de cobre para as latrinas, aquisição de para-raios, de mobílias e louças, terraplanagem de passeios, entre outros. Note-se que o valor acima indicado é discordante com outro apresentado no mesmo relatório onde, inscrito em despesa extraordinária, encontramos uma soma substancialmente diferente, que perfazia um total de 4 524\$777 reis, no qual não estavam contabilizados os valores das obras na cozinha, despensa e farmácia que totalizaram 1 497\$727 reis<sup>795</sup>. Embora discordantes, estes valores são, sem dúvida, significativos e se por um lado atestam algumas deficiências no edifício, são também indicadoras da preocupação por parte de administração em modernizar o hospital. Esta discrepância de valores pode resultar do facto de algumas despesas, embora consideradas como extraordinárias, serem efetuadas à custa da despesa ordinária<sup>796</sup>. A aquisição de

---

*dinheiro malbaratado, tudo devido a uma lamentável direcção e inspecção. É assim aquella casa sorvedouro de despexas só para emendar erros de administração.* Santa Casa Da Misericórdia do Porto, *Relatório dos Actos da Mesa da Santa Casa da Misericórdia do Porto*, Porto, Typographia de António José da Silva Teixeira, 1894 pp. 154-155.

<sup>792</sup> Santa Casa da Misericórdia do Porto, *Relatório dos Actos da Mesa da Santa Casa da Misericórdia do Porto*, Porto, Typographia de António José da Silva Teixeira, 1892, pp. 140-141.

<sup>793</sup> Santa Casa da Misericórdia do Porto, *Relatório dos Actos da Mesa da Santa Casa da Misericórdia do Porto*, Porto, Typ. a vapor de Arthur José de Souza & Irmão, 1897, p. 456.

<sup>794</sup> Santa Casa da Misericórdia do Porto, *Relatório dos Actos da Mesa da Santa Casa da Misericórdia do Porto*, Porto, Typographia de António José da Silva Teixeira, 1884, p. 32.

<sup>795</sup> Idem, *ibidem*, p. 64.

<sup>796</sup> Santa Casa da Misericórdia do Porto, *Relatório dos Actos da Mesa da Santa Casa da Misericórdia do Porto*, Porto, Typographia de A. J. da Silva Teixeira, 1889, p. 244.

instrumentos como louças de ferro é também justificada pelo aumento da população internada<sup>797</sup>.

Uma das repartições que frequentemente exige maior dotação orçamental é a rouparia. Tal facto percebe-se pela natureza da população internada que, frequentemente tinha acessos de agitação e tendências destruidoras. Para resolver esta situação poder-se-iam utilizar com maior frequência os meios coercivos de contenção. No entanto, os inconvenientes de ordem clínica que tal medida acarretaria não justificava o seu uso<sup>798</sup>.

A necessidade de obras vai ser uma constante, acarretando uma série de despesas inevitáveis e extraordinárias, sendo esta situação assumida perentoriamente desde 1885. Esta realidade tinha como consequência uma reduzida disponibilidade económica para se empreenderem obras de carácter ampliativo, excetuando no que se refere aos pensionistas, pois a receita que se arrecadava com estes doentes era tida como superior às despesas que se efetuavam, resultando sempre num saldo positivo para o hospital<sup>799</sup>.

No ano seguinte, continuando as obras na casa da rouparia, começou a construir-se uma nova capela. Relata-se a necessidade de conclusão das avenidas intra-hospitalares bem como dos aposentos para os empregados, existindo já as plantas e os orçamentos para essas obras. Nesse ano foram inscritos 6 753\$499 reis como despesas com obras e aquisições extraordinárias<sup>800</sup> das quais se destaca o valor empregue nas obras das avenidas e rouparia que ascenderam a 3 292\$962 reis. Refira-se também que foram adquiridos bancos e camas de ferro, vários têxteis (camisolas e várias peças de diferentes tecidos), bem como a aquisição de 275 pares de calçado<sup>801</sup>.

As críticas à construção do hospital adensam-se em 1887, apenas quatro anos após a sua inauguração, justificadas pela frequente necessidade de concertos e reparações. Considerava-se que o edifício havia sido construído com *grande desleixo*, assumindo-se a probabilidade futura de dispendiosas obras de reforma que apenas deveriam ser necessárias muitos anos pós a inauguração do edifício, como havia sucedido com o Hospital de Santo António<sup>802</sup>.

---

<sup>797</sup> Santa Casa da Misericórdia do Porto, *Relatório dos Actos da Mesa da Santa Casa da Misericórdia do Porto*, Porto, Typographia de António José da Silva Teixeira, 1890, p. 283.

<sup>798</sup> Idem, *ibidem*, p. 283.

<sup>799</sup> Santa Casa da Misericórdia do Porto, *Relatório dos Actos da Mesa da Santa Casa da Misericórdia do Porto*, Porto, Typographia de António José da Silva Teixeira, 1885, p. 96.

<sup>800</sup> Santa Casa da Misericórdia do Porto, *Relatório dos Actos da Mesa da Santa Casa da Misericórdia do Porto*, Porto, Typographia de A. J. da Silva Teixeira, 1886, p. 209.

<sup>801</sup> Idem, *ibidem*, p. 211.

<sup>802</sup> Santa Casa da Misericórdia do Porto, *Relatório dos Actos da Mesa da Santa Casa da Misericórdia do Porto*, Porto, Typographia de A. J. da Silva Teixeira, 1887, p. 323.

A deterioração precoce de alguns aparelhos foi também alvo de acesas críticas, como aconteceu com o fogão da cozinha cuja reparação ascendeu, em 1887, a mais de 340\$000 reis. Equacionou-se por esta altura a aquisição de outro dispositivo semelhante que pudesse suprir as necessidades do hospital quando necessário e, deste modo, prevenir os graves inconvenientes para o serviço que resultaram da avaria do equipamento<sup>803</sup>. Todavia, dois anos mais tarde houve mesmo a necessidade de se proceder à compra de um novo fogão<sup>804</sup>.

A lavandaria foi alvo de uma importante reforma logo no ano de 1887, tendo sido ampliada, passando a comportar habitação para o maquinista, uma nova sala de trabalho e um gabinete. Paralelamente à sua ampliação, procedeu-se à substituição do soalho que se encontrava já deteriorado, fruto *das más condições em que foi construído*. A renovação desta dependência ficou concluída com a aquisição e instalação de uma nova *machina motriz*, devido à deterioração da anterior<sup>805</sup>.

A danificação dos soalhos assume-se igualmente como uma preocupação importante e é justificada pela deficiente ventilação, pois o facto de se encontrar muito junto ao solo, potenciava o seu apodrecimento com facilidade. Tratava-se de um problema sistémico em todas as dependências existentes no rés-do-chão, o que iria requerer importantes obras de remodelação ou reparação, iniciadas no mesmo ano<sup>806</sup>. A deterioração dos soalhos é justificada também com os materiais de qualidade inferior, bem como devido às frequentes lavagens que permitiam a infiltração de água que o danificava, como também ao estuque das repartições inferiores<sup>807</sup>.

Em 1889 é a vez de se proceder a uma remodelação das latrinas cujo estado é descrito como *lastimoso* na maioria das repartições e as exigências higiénicas hospitalares não se coadunavam com as instalações sanitárias existentes<sup>808</sup>. Em 1890 mantem-se esta obra e percebe-se que a dimensão da mesma justifica o tempo e os recursos a ela afetos<sup>809</sup>. Apenas em 1892 a empreitada parece ter ficado completa, tendo sido gastos, nesse mesmo

---

<sup>803</sup> Idem, *ibidem*, pp. 328-329.

<sup>804</sup> Santa Casa da Misericórdia do Porto, *Relatório dos Actos da Mesa da Santa Casa da Misericórdia do Porto*, Porto, Typographia de A. J. da Silva Teixeira, 1889, p. 243.

<sup>805</sup> Santa Casa da Misericórdia do Porto, *Relatório dos Actos da Mesa da Santa Casa da Misericórdia do Porto*, Porto, Typographia de A. J. da Silva Teixeira, 1887, p. 329.

<sup>806</sup> Idem, *ibidem*, p. 330.

<sup>807</sup> Santa Casa da Misericórdia do Porto, *Relatório dos Actos da Mesa da Santa Casa da Misericórdia do Porto*, Porto, Typ. a vapor de Arthur José de Souza & Irmão, 1898, p. 456.

<sup>808</sup> Santa Casa da Misericórdia do Porto, *Relatório dos Actos da Mesa da Santa Casa da Misericórdia do Porto*, Porto, Typographia de A. J. da Silva Teixeira, 1889, p. 243.

<sup>809</sup> Santa Casa da Misericórdia do Porto, *Relatório dos Actos da Mesa da Santa Casa da Misericórdia do Porto*, Porto, Typographia de António José da Silva Teixeira, 1890, p. 282.

ano económico a quantia de 789\$420 reis<sup>810</sup>. Procede-se também à instalação de um gabinete fotográfico poderoso, coadjuvante em diversos estudos clínicos. Embora se assuma que a despesa efetuada era avultada, espera-se, a longo prazo uma poupança efetiva na medida em que não se tornaria necessário recorrer a fotógrafos exteriores para proceder a estes trabalhos<sup>811</sup>.

De grande importância foi também a construção de um edifício, denominado de hospital-barraca, nos terrenos da instituição, para acolher doentes com moléstias contagiosas, que ocorreu ainda no ano de 1887<sup>812</sup>. No entanto, em 1890 considerava-se necessária verba para a conclusão deste empreendimento, colocando-nos a dúvida se o mesmo se encontrava já em funcionamento<sup>813</sup>. Esta dúvida é desfeita no relatório seguinte onde Júlio de Matos alude à impossibilidade deste anexo entrar em funcionamento, pois este era composto apenas por uma sala, sem aposentos para os enfermeiros, sem casa de banhos, sem latrinas e sem uma cozinha própria<sup>814</sup>. Para colmatar estas falhas que esvaziavam de sentido a função terapêutica desta dependência, porquanto não podia funcionar de forma autónoma, procedeu-se à construção de um novo corpo que dispunha de uma segunda enfermaria, repartições de banhos e cozinha<sup>815</sup>. Em 1892 a obra estaria concluída após serem gastos 833\$604 reis na sua conclusão<sup>816</sup>. Sendo a ocorrência deste tipo de doenças frequente no seio dos alienados e o conhecimento deste facto por parte do diretor clínico, interrogamo-nos sobre os fundamentos para uma tão tardia construção de uma obra desta pertinência. Em 1894 operaram-se neste edifício obras de beneficiação que consistiram em consignar o gradeamento das escadas, pintura geral do hospital-barraca, modificação do sistema de persianas, da canalização, entre outras<sup>817</sup>. Não podemos deixar de refletir sobre estas obras. Em todos os relatórios, há uma constante de

---

<sup>810</sup> Santa Casa da Misericórdia do Porto, *Relatório dos Actos da Mesa da Santa Casa da Misericórdia do Porto*, Porto, Typographia de António José da Silva Teixeira, 1892, pp. 276-277.

<sup>811</sup> Santa Casa da Misericórdia do Porto, *Relatório dos Actos da Mesa da Santa Casa da Misericórdia do Porto*, Porto, Typographia de A. J. da Silva Teixeira, 1889, pp. 244-245.

<sup>812</sup> Santa Casa da Misericórdia do Porto, *Relatório dos Actos da Mesa da Santa Casa da Misericórdia do Porto*, Porto, Typographia de A. J. da Silva Teixeira, 1887, p. 330.

<sup>813</sup> Santa Casa da Misericórdia do Porto, *Relatório dos Actos da Mesa da Santa Casa da Misericórdia do Porto*, Porto, Typographia de António José da Silva Teixeira, 1890, p. 282.

<sup>814</sup> Santa Casa da Misericórdia do Porto, *Relatório dos Actos da Mesa da Santa Casa da Misericórdia do Porto*, Porto, Typographia de António José da Silva Teixeira, 1891, p. 433.

<sup>815</sup> Idem, *ibidem*, p. 433.

<sup>816</sup> Santa Casa da Misericórdia do Porto, *Relatório dos Actos da Mesa da Santa Casa da Misericórdia do Porto*, Porto, Typographia de António José da Silva Teixeira, 1892, pp. 276-277.

<sup>817</sup> Santa Casa da Misericórdia do Porto, *Relatório dos Actos da Mesa da Santa Casa da Misericórdia do Porto*, Porto, Typographia de António José da Silva Teixeira, 1894, p. 157.

queixas relativas à primitiva construção do hospital que não é contrariada pelas intervenções subsequentes nos novos espaços edificados.

Em 1891 considera-se imperativa a construção de novas células de isolamento para alienados agitados, pois as 28 existentes são tidas como insuficientes. Esta conclusão é baseada em números de manicómios estrangeiros onde existia a necessidade de utilizar estas celas para cerca de 15 a 20% da população. Com cerca de 400 alienados internados, mostravam-se assim estas células manifestamente insuficientes. Paralelamente, devia atender-se a que a construção rudimentar das existentes tinha poucas condições de higiene, eram mal iluminadas, sem sistema de aquecimento, ventilação deficitária, inseguras em casos de agitação mais violenta. Também o facto de se situarem em linha reta constituía um inconveniente pois dificultava a vigilância dos alienados<sup>818</sup>. Pretendia-se assim construir novas células, de acordo com os preceitos científicos, em forma circular, bem iluminadas, aquecidas e ventiladas<sup>819</sup>. No orçamento para o ano seguinte aparece inscrita a verba de 3 000\$000 reis para a construção destas células para o sexo masculino<sup>820</sup>.

No relatório de 1892 estas obras parecem bem encaminhadas, encontrando-se a sua conclusão prevista para breve. Assinalamos a inscrição de um gasto de 890\$000 reis no *começo da construção do 1.º pavilhão para furiosos*<sup>821</sup>. Posteriormente urge construir um pavilhão semelhante para alienados do sexo feminino<sup>822</sup>. No ano seguinte aparecem inscritos 988\$155 reis para a conclusão do pavilhão para furiosos, divisão de homens, embora não seja feita qualquer referência à transferência dos doentes para esta nova unidade<sup>823</sup>.

Mais tarde, em 1894, encontramos referenciada a construção do pavilhão para furiosas, situado na avenida sul, de maiores dimensões quando comparado com o congénere masculino<sup>824</sup>. O primeiro dispunha de seis células para doentes furiosos, enquanto o segundo tinha o dobro da capacidade, embora os serviços anexos fossem os

---

<sup>818</sup> Santa Casa da Misericórdia do Porto, *Relatório dos Actos da Mesa da Santa Casa da Misericórdia do Porto*, Porto, Typographia de António José da Silva Teixeira, 1891, p. 428.

<sup>819</sup> Idem, *ibidem*, pp. 428-429.

<sup>820</sup> Idem, *ibidem*, p. 429.

<sup>821</sup> Santa Casa da Misericórdia do Porto, *Relatório dos Actos da Mesa da Santa Casa da Misericórdia do Porto*, Porto, Typographia de António José da Silva Teixeira, 1892, pp. 276-277.

<sup>822</sup> Este pavilhão teria a forma poligonal para corresponder às exigências de uma vigilância eficaz dos doentes. Idem, *ibidem*, p. 140.

<sup>823</sup> Santa Casa da Misericórdia do Porto, *Relatório dos Actos da Mesa da Santa Casa da Misericórdia do Porto*, Porto, Typographia de António José da Silva Teixeira, 1893, p. 39.

<sup>824</sup> Santa Casa da Misericórdia do Porto, *Relatório dos Actos da Mesa da Santa Casa da Misericórdia do Porto*, Porto, Typographia de António José da Silva Teixeira, 1894, p. 156.

mesmos (um quarto de banho, um quarto de enfermeiro, arrecadações, latrinas e um pátio central)<sup>825</sup>. Paralelamente, percebemos que as obras de melhoramento das células existentes não se realizaram em 1892 pois os 350\$000 reis autorizados para obras de ventilação e de canalização de água quente para estas repartições não foram gastos<sup>826</sup>.

Apesar de todas estas obras de manutenção e de melhoria das infra estruturas existentes, em 1896, a direção económica convoca uma sessão com o intuito de *se imprimir uma orientação, planeada e firme, á administração desta casa: deliberação aquella tomada após a desagradabilíssima impressão, que a direção económica tinha sentido ao fazer a sua primeira visita a este hospital*. Considerava-se que, apesar das avultadas verbas empregues em diversas obras no estabelecimento, as principais regras de higiene não haviam sido respeitadas, atendendo-se também a uma deficiente priorização, sendo dado como exemplo os 4000\$00 reis despendidos na construção de oficinas enquanto a casa de banhos não se encontrava em condições de ser utilizada<sup>827</sup>.

Para que esta situação se alterasse, a direção económica pretendeu desenvolver um plano de obras e melhoramentos segundo uma escala de prioridades bem definida<sup>828</sup>. Foi então solicitado um parecer do diretor clínico Júlio de Matos que, em dois ofícios datados de Outubro de 1895, refere que *há muito tempo venho pedindo ás sucessivas Mesas da Santa Casa e ás suas dignas delegações deste manicómio a satisfação de indeclináveis necessidades, que subsistem ainda*<sup>829</sup>. Indica que já em 1894 alertava para a necessidade de corrigir a disposição das canalizações da água e dos dejetos pois estes encontravam-se num plano superior e a reduzida distância dos que conduzem a água destinada à alimentação<sup>830</sup>. Se a obra de inversão dos encanamentos não se realizou quando a situação económica do hospital era favorável, o clínico considerava que, nestes tempos em que tal não acontecia, mais difícil seria a consecução dessas obras. Propõe, deste modo, a compra de um filtro de 50 velas que *nos permitiria ter uma certa confiança na agua destinada á alimentação*<sup>831</sup>.

---

<sup>825</sup> Esta obra teve o custo de 4 736\$377 reis. Idem, *ibidem*, p. 156.

<sup>826</sup> Santa Casa da Misericórdia do Porto, *Relatório dos Actos da Mesa da Santa Casa da Misericórdia do Porto*, Porto, Typographia de António José da Silva Teixeira, 1892, pp. 56-67.

<sup>827</sup> Santa Casa da Misericórdia do Porto, *Relatório dos Actos da Mesa da Santa Casa da Misericórdia do Porto*, Porto, Typ. a vapor de Arthur José de Souza & Irmão, 1896, p. 250.

<sup>828</sup> Esta medida justificava-se para que o arbítrio e a incompetência não presidam por mais tempo, Idem, *ibidem*, p. 250.

<sup>829</sup> Idem, *ibidem*, p. 251.

<sup>830</sup> Idem, *ibidem*, p. 251.

<sup>831</sup> Idem, *ibidem*, pp. 251-252.



O aquecimento do hospital teria sido descuido e responsável pela morte de alguns doentes mais idosos e fracos durante o inverno<sup>832</sup>. Devia igualmente empreender-se uma reforma nas latrinas, que deviam ser substituídas por um sistema que permitisse a sua lavagem automática<sup>833</sup>. Alertou ainda para a necessidade do estabelecimento de passagens cobertas entre o edifício principal e os pavilhões de furiosos dada a aproximação do inverno<sup>834</sup>.

Lemos Peixoto foi também auscultado sobre as obras a empreender no hospital e vai considerar necessárias uma série de intervenções ao nível do fornecimento da água, dos esgotos, das latrinas, das casas de banhos, da ventilação dos espaços e do mobiliário existente. No que diz respeito ao abastecimento de água julgava que a galeria subterrânea que funcionava como depósito não dispunha de ventilação e a sua limpeza era deficitária. Como solução, propôs que esta se fizesse anualmente, a colocação de chaminés e de um filtro para que toda a água fosse filtrada antes de ser distribuída pelo edifício<sup>835</sup>.

No capítulo dos esgotos, a sua principal preocupação, à semelhança da manifestada por Júlio de Matos, residia na localização dos canos de esgoto que se situavam num plano superior aos que abasteciam o hospital. Esta situação era agravada pelo facto dos canos apresentarem excessivas curvaturas e uma ventilação deficiente bem como a construção de uma fossa nas proximidades do depósito de água potável e em plano superior. Lemos Peixoto propõe uma nova canalização, facilmente visitável ou então a colocação de canos de ferro no interior dos já existentes<sup>836</sup>.

Percebemos aqui que os problemas com os esgotos do hospital não advêm única e exclusivamente da construção primitiva do mesmo, que é alvo de críticas tão frequentes. Mesmo algumas obras realizadas, já sob a administração da SCMP, parecem não respeitar as mais elementares regras de higiene. O estado das latrinas é considerado *vergonhoso*, não só pela sua defeituosa construção, como também por ser fruto de uma manutenção deficitária. Exemplifica com o facto de ter solicitado a reparação das latrinas da 3.<sup>a</sup> enfermaria da 1.<sup>a</sup> divisão 8 meses antes e tal ainda não havia ocorrido. Como solução propõe a instalação de dispositivos que proporcionassem a descarga automática da água<sup>837</sup>.

---

<sup>832</sup> Idem, *ibidem*, p. 252.

<sup>833</sup> Idem, *ibidem*, p. 252.

<sup>834</sup> Idem, *ibidem*, p. 253.

<sup>835</sup> Idem, *ibidem*, p. 274.

<sup>836</sup> Idem, *ibidem*, pp. 255- 256.

<sup>837</sup> Idem, *ibidem*, p. 255.

As casas de banhos não se encontravam também capazes de realizar a sua função terapêutica pois era difícil manter a temperatura e a pressão constantes, em especial nas casas de banhos mais distantes. A colocação de banheiras nas enfermarias de agitados tinha como principal objetivo a segurança dos doentes e funcionários pois procurava evitar a necessidade de os transportar até às casas de banhos centrais. Todavia não era possível transportar a água quente até estas enfermarias propondo-se que o seu aquecimento fosse efetuado nas próprias enfermarias através de focos de calor gerados a gaz<sup>838</sup>.

A ventilação dos espaços é alvo de fortes críticas, em especial nas 4.<sup>a</sup> e 6.<sup>a</sup> enfermarias, cuja abertura na parte superior da parede posterior e os orifícios existentes nas portas eram de tal forma insuficientes que se considerava que estas alas não tinham arejamento<sup>839</sup>. Embora a ventilação de todo o edifício, de um modo geral, seja considerada *péssima*, esta é atenuada pelos parques anexos às enfermarias por onde os doentes deambulavam frequentemente e que permitia a circulação de ar no interior dos edifícios. No entanto, quando as condições atmosféricas o não permitiam *o ar vicia-se extraordinariamente*<sup>840</sup>. É igualmente criticada a falta de quartos estofados com os inconvenientes que daí advinham para os doentes mais agitados<sup>841</sup>.

Também Joaquim Urbano foi chamado a pronunciar-se sobre as necessidades do HCF tendo-se limitado, *por falta de tempo*, a tecer considerações sobre os esgotos, o hospital de isolamento e os pavilhões para furiosos<sup>842</sup>. O autor faz-nos uma descrição bastante pormenorizada das diferentes canalizações do hospital, compostas por três ramos distintos, explicitando-nos de forma rigorosa o seu percurso e a proveniência dos esgotos para cada secção<sup>843</sup>. Subscrevendo os defeitos já apontados pelos seus colegas, alude ao desenvolvimento contínuo de gases responsáveis pelo mau odor frequente em várias repartições do hospital. Considera a possibilidade de contaminação dos lavadouros públicos existentes nas imediações da instituição, fruto de um depósito para o esgoto

---

<sup>838</sup> Idem, *ibidem*, pp. 256-257

<sup>839</sup> As palavras de Joaquim Urbano são elucidativas: *causa por vezes náuseas visitar alguns doentes, encerrados nas cellas*. Santa Casa da Misericórdia do Porto, *Relatório dos Actos da Mesa da Santa Casa da Misericórdia do Porto*, Porto, Typ. a vapor de Arthur José de Souza & Irmão, 1896, p. 257.

<sup>840</sup> No entanto o autor elogia o trabalho dos empregados referindo que *aos hábitos de aceio inculcidos no ânimo do pessoal inferior, se deve o não ter sentido mais duramente os resultados funestos d'esta falta de ventilação*. Idem, *ibidem*, p. 258.

<sup>841</sup> Idem, *ibidem*, p. 258.

<sup>842</sup> Joaquim Urbano alerta para as dificuldades que sentiu em elaborar estas informações pois não encontrou plantas das canalizações do edifício e dos seus anexos, tendo recorrido às informações de um empregado subalterno do hospital. Idem, *ibidem*, pp. 259-260.

<sup>843</sup> Idem, *ibidem*, pp. 261-264.

existente e da sua reduzida capacidade face à quantidade e qualidade da população hospitalar<sup>844</sup>.

Joaquim Urbano faz também uma inspeção às canalizações no interior do hospital, fazendo um elenco rigoroso das falhas com que se deparou, nomeadamente ao nível da falta de água e da degradação das latrinas e bacias existentes, algumas das quais se encontravam com buracos<sup>845</sup>.

O clínico mostra-se muito crítico quanto à construção do primeiro pavilhão para furiosos, considerando que a sua reduzida capacidade *nem sequer justifica a despesa com elle feito*<sup>846</sup>. A sua ventilação era igualmente considerada insuficiente ao nível das celas, enquanto no sótão era tida por exagerada. Julga ainda o aquecimento insuficiente, não evitando, no inverno, o efeito da temperatura muito baixa. Também a fossa que servia este pavilhão estaria mal situada e mal construída, com uma capacidade reduzida que se traduzia numa dispersão dos esgotos pelos terrenos circundantes<sup>847</sup>.

O autor reprova também o hospital de isolamento, no sentido em que este não dispunha de todas as valências para que funcionasse de modo autónomo, nomeadamente de uma lavandaria, casa mortuária e habitações para todos os empregados. Crítica ainda a casa de desinfeção por considerar ineficaz a distribuição verificada entre zona de sujos e zona limpa<sup>848</sup>. Os sistemas de esgotos que serviam este anexo foram reprovados em diversos âmbitos, nomeadamente no facto de o cano de esgoto das latrinas se encontrar por baixo da casa de desinfeção. Concluiu afirmando que *o Hospital d'isolamento, tal como está, não póde servir, sendo mesmo perigoso o seu aproveitamento para tratamento de doenças de grande expansão infecciosa*<sup>849</sup>.

Após a compilação de todos estes relatórios, concluiu a direcção económica que *a salubridade hospitalar, nos seus quatro elementos fundamentaes – agua, ar, luz e esgoto*

---

<sup>844</sup> Idem, *ibidem*, pp. 264-265. Os sistemas de esgoto, de irrigação e de abastecimentos de água do HCF foram alvo de uma denúncia anónima em 1906 que alertava para o facto de os esgotos contaminarem as águas que abasteciam o hospital. Do ponto de vista nosocomial, segundo o director clínico, nada fazia crer que tal situação ocorresse pois não havia registo de doenças associadas à contaminação das águas que tivessem afetado os alienados. Também as análises laboratoriais efetuadas às águas deram-mas como potáveis embora tivessem sido detetadas algumas diferenças na sua composição entre a água quando saía da mina e a que foi colhida das torneiras da cozinha, pelo que se optou por revestir a mina de abastecimento de cimento para que se diminuísse consideravelmente qualquer possibilidade de infiltração. Santa Casa da Misericórdia do Porto, *Relatório dos Actos da Mesa da Santa Casa da Misericórdia do Porto*, Porto, Typ. a vapor de Arthur José de Souza & Irmão, 1897, pp. 25-26.

<sup>845</sup> Santa Casa da Misericórdia do Porto, *Relatório dos Actos da Mesa da Santa Casa da Misericórdia do Porto*, Porto, Typ. a vapor de Arthur José de Souza & Irmão, 1896, pp. 265-266

<sup>846</sup> Idem, *ibidem*, p. 267.

<sup>847</sup> Idem, *ibidem*, p. 268.

<sup>848</sup> Idem, *ibidem*, pp. 268-269.

<sup>849</sup> Idem, *ibidem*, p. 272.

- *tem sido extremamente descurada e está gravemente comprometida*<sup>850</sup>. Não é negado que se tenha investido na melhoria das condições higiénicas do hospital no entanto os resultados foram pouco satisfatórios, concluindo-se que os investimentos realizados foram inadequados<sup>851</sup>.

As causas da degradação do edifício são novamente atribuídas a *graves erros de construção*, no entanto assume-se agora a existência de *erros de gestão* que derivavam, por um lado, da *pouca competência especial das direcções económicas*, que dispunham de poucos conhecimentos na área da nosografia e não dispunham de um *consultor idóneo e zeloso*. Por outro lado, a máquina burocrática existente propiciava o atraso e por vezes esquecimento das obras solicitadas e daí a sua não realização. Em última instância, a culpa era sempre do empregado menor que não tinha como fugir às suas responsabilidades<sup>852</sup>.

Não podemos deixar de ficar um pouco perplexos com estas considerações efetuadas pela Mesa, nomeadamente no que diz respeito ao fato de a direção económica, tida como pouco competente, não dispor de aconselhamento clínico que a auxiliasse nas suas funções. Em primeiro lugar encontramos aqui uma rutura discursiva, pois nos anteriores relatórios analisados a nota dominante, praticamente exclusiva, caracterizava-se por rasgados elogios à administração do hospital nas suas diversas direcções. Por outro lado, não percebemos porque não era considerado o diretor clínico uma pessoa capaz de aconselhar a direção económica em matérias de conteúdos mais técnicos e que exigiam um saber diferenciado que, a atestar pelos frequentes elogios a Júlio de Matos, eram do seu domínio. Em último lugar, a excessiva burocracia resultava de um regulamento onde a cadeia hierárquica era extensa. Informamos que as disposições regulamentares haviam já sido alvo de algumas alterações e o mesmo tido como modelar. Todavia acreditava-se que, com base na experiência, outras alterações poderiam vir a ser propostas.

Com base nas informações recolhidas, a Mesa propõe um plano de obras, priorizado. Primeiramente deveria proceder-se a uma completa renovação das latrinas pois estas emanavam *odôres a grande distancia*, que constituíam *um perigo e uma vergonha permanentes*. Futuramente deveria proceder-se à limpeza e ventilação da canalização geral de esgotos assim como proceder-se ao estancamento das fossas. Numa fase seguinte, deveria executar-se a limpeza e ventilação da galeria de abastecimento das

---

<sup>850</sup> Idem, *ibidem*, p. 273.

<sup>851</sup> Idem, *ibidem*, p. 273.

<sup>852</sup> Idem, *ibidem*, p. 273.

águas e posteriormente os esforços deveriam incidir sobre a ventilação geral dos edifícios. Também a casa de banhos deveria ser alvo de reforma e, por último, a iluminação natural do complexo<sup>853</sup>.

Definidas as prioridades pela Mesa, devia proceder-se à elaboração de um plano de obras e respetiva orçamentação que estaria a cargo do inspetor de obras. No entanto, as licenças que lhe foram concedidas para que este funcionário se pudesse ausentar impediam que este trabalho fosse executado com celeridade. Em 1896 apenas se encontrava disponível um projeto e orçamento de um jogo de latrinas, orçamentado em 260\$000 reis cada (num total de 12 que era necessário substituir), considerando a Mesa que se devia dar início a estas obras tendo em conta o orçamento disponível da instituição<sup>854</sup>.

No seguimento destas disposições, as obras efetuadas no HCF passaram a ser classificadas em obras de reparação e conservação do edifício principal e anexos e de reforma e ampliação. Relativamente ao primeiro grupo de obras, destacavam-se a colocação de novos soalhos em algumas enfermarias, salas de recreio e refeitórios; reparações efetuadas nos telhados e canalização da água e gás, entre outras. No que se refere às obras do segundo grupo, com o objetivo de ampliar a capacidade do hospital para acolher alienados, estas efetuar-se-iam através da construção de novas dependências ou da adaptação das previamente existentes que se encontravam ocupadas por funcionários. Assim, conclui-se o 2.º pavilhão para furiosos, com a colocação de algum mobiliário e a canalização de água quente; transformou-se a cozinha da antiga habitação do diretor clínico em dois quartos para pensionistas, reformou-se e ampliou-se a despensa que permitiu que todos os géneros fossem armazenados num único espaço próximo da cozinha. Este último aspeto mostrava-se facilitador e regulador dos serviços. Atende-se também à construção de um barracão de madeira que funcionaria como arrecadação de utensílios, materiais de obras e artigos inflamáveis que previamente eram guardados no interior do hospital<sup>855</sup>. Mantinham-se deste modo a realização de obras nos pavilhões para furiosos *que foi indispensável fazer-lhes (...) comquanto tenham sido bem delineados*. Tais obras tinham como objetivo *dar a cada novo pavilhão maior amplitude e melhor situação*<sup>856</sup>.

---

<sup>853</sup> Idem, *ibidem*, pp. 273-274.

<sup>854</sup> Idem, *ibidem*, p. 274.

<sup>855</sup> Santa Casa da Misericórdia do Porto, *Relatório dos Actos da Mesa da Santa Casa da Misericórdia do Porto*, Porto, Typ. De Arthur José de Souza e Irmão, 1895, pp. 280-283.

<sup>856</sup> Idem, *ibidem*, p. 282.

No ano seguinte iniciou-se a reforma de algumas latrinas conforme previsto no plano geral de beneficiamentos e outras obras como a cobertura da valeta entre o HCF e a Rua Costa Cabral para permitir uma fácil entrada de automóveis, construção de habitação para o quinteiro e de uma arrecadação para armazenar produtos frutícolas, bem como outras obras de conservação e reparação do edifício e anexos<sup>857</sup>. Quando são abordadas as obras em período posterior a 1897, é-nos referida a inexistência *de um plano bem estudado e elaborado dos trabalhos*. Todavia são explicitadas obras a realizar como a renovação das latrinas, obras nas canalizações de água e esgotos, nos diferentes pavilhões, na casa de banhos, no reservatório de água e no hospital de isolamento<sup>858</sup>.

Em 1896 Joaquim Urbano faz-nos uma descrição pormenorizada do hospital-barraca, também denominado hospital de isolamento. Era composto por dois pavilhões, um para cada sexo, unidos por um corpo central. Dispunha ainda de casa de desinfecção e um forno crematório. No corpo central encontrava-se a cozinha, dois gabinetes de banho, dois quartos para enfermeiros e duas latrinas. Note-se que cada uma destas dependências estava consignada a cada divisão sexual. Cada pavilhão poderia acolher até 12 doentes e o hospital-barraca funcionava de modo independente do edifício central. A ventilação era efetuada através das diversas janelas existentes e por algumas aberturas no soalho, bem como pelas portas presentes<sup>859</sup>. A casa de desinfecção era semelhante à do estabelecimento de desinfecção municipal, continha o dispositivo de desinfecção e estava dividida numa zona limpa e outra suja<sup>860</sup>. O autor descreve-nos também o primeiro pavilhão para furiosos de modo pormenorizado. A sua forma era eneagonal e, para além das nove celas, dispunha de casa de enfermeiro e de outra dependência para uma latrina e banhos. A ventilação era efetuada por orifícios na parede externa. No topo do pavilhão encontrava-se um sótão arejado por janelas sem resguardo e o edifício era coberto de lousa. O segundo pavilhão diferia do primeiro na sua forma, pentagonal, com capacidade para 12 celas<sup>861</sup>.

A gratidão por parte da SCMP para com o benemérito Conde de Ferreira<sup>862</sup> ficaria consagrada, numa fase inicial, com a inauguração do seu retrato, da autoria de Custódio

---

<sup>857</sup> Santa Casa da Misericórdia do Porto, *Relatório dos Actos da Mesa da Santa Casa da Misericórdia do Porto*, Porto, Typ. a vapor de Arthur José de Souza & Irmão, 1897., pp. 192-193.

<sup>858</sup> Idem, *ibidem*, pp. 198-200.

<sup>859</sup> Santa Casa da Misericórdia do Porto, *Relatório dos Actos da Mesa da Santa Casa da Misericórdia do Porto*, Porto, Typ. a vapor de Arthur José de Souza & Irmão, 1896, pp. 268-269.

<sup>860</sup> Idem, *ibidem*, pp. 269-270.

<sup>861</sup> Santa Casa da Misericórdia do Porto, *Relatório dos Actos da Mesa da Santa Casa da Misericórdia do Porto*, Porto, Typ. a vapor de Arthur José de Souza & Irmão, 1896, pp. 266-267.

<sup>862</sup> Uma outra forma de gratidão é-nos apresentada em 1889 com o acolhimento no hospital de uma familiar próxima do Conde de Ferreira, que figurava de forma gratuita nos doentes de 1ª classe. Idem, *ibidem*, p. 249.

da Rocha, a 24 de Março de 1886, no salão nobre do hospital, que foi igualmente alvo de intervenção, pois encontrava-se desprovido de móveis e de cortinas. A solenidade desta homenagem é atestada pela presença de figuras ilustres da cidade, como por exemplo o Senhor Cardeal Bispo do Porto, o Governador Civil, entre outros<sup>863</sup>. Não deixa de ser curioso o facto de não estar presente nenhum alienado na cerimónia, embora tenha sido a eles que o homenageado havia deixado a maior parte da sua fortuna<sup>864</sup>. Também numa lógica de agradecimento ao fundador do hospital, em 1903 procedeu-se à transferência da sua estátua para o jardim fronteiro à instituição pois considerava-se que a sua permanência no topo da fachada do edifício passava *quasi despercebida*<sup>865</sup>.

A iluminação do hospital foi também alvo de importantes considerações pois constituía uma relevante despesa na instituição<sup>866</sup>. Equacionava-se assim a substituição da iluminação a gás pela luz elétrica que poderia representar não só um decréscimo das despesas como também uma diminuição do risco de explosões e incêndios, bem como maior asseio e uma diminuição do trabalho associado. No entanto o investimento inicial avultado representava forte resistência para a aplicação desta solução<sup>867</sup>. Paralelamente, a Companhia de Gás mostra abertura para um aumento dos descontos já em vigor no abastecimento ao HCF, o que justifica um estudo mais cuidadoso na implementação deste projeto<sup>868</sup>. Mais tarde, em 1897, a título experimental e com o intuito de redução de custos, foi introduzido na 1.ª enfermaria o bico de incandescência de Auer, concluindo-se que permitia uma economia de cerca de 50% e equacionava-se a sua aplicação ao restante edifício caso as despesas resultantes da sua adoção não esvaziassem a poupança que se considerava obter<sup>869</sup>. Efetivamente, no ano seguinte, todo o edifício e as suas dependências encontravam-se iluminadas com este novo sistema, embora se considerasse

---

<sup>863</sup> O Conde de Ferreira foi representado, de corpo inteiro, com o uniforme de Par do Reino, procurando-se a maior semelhança possível com o mesmo. Santa Casa da Misericórdia do Porto, *Relatório dos Actos da Mesa da Santa Casa da Misericórdia do Porto*, Porto, Typographia de A. J. da Silva Teixeira, 1886, pp. 193-194.

<sup>864</sup> É referido que *a população desventurada nos não via mas estava próxima de nós*. Idem, *ibidem*, p. 195.

<sup>865</sup> Santa Casa da Misericórdia do Porto, *Relatório dos Actos da Mesa da Santa Casa da Misericórdia do Porto*, Porto, Officina Typographica do Hospital de Alienados do Conde de Ferreira, 1903., p. 225.

<sup>866</sup> A despesa, apesar de significativa, incluía já um desconto de cinco reis por m<sup>3</sup> de gás consumido, atendendo aos fins humanitários da instituição. Santa Casa da Misericórdia do Porto, *Relatório dos Actos da Mesa da Santa Casa da Misericórdia do Porto*, Porto, Typographia de António José da Silva Teixeira, 1891, p. 431.

<sup>867</sup> É-nos referido o exemplo da penitenciária de Lisboa que, num relatório de 1887, considerava que a economia que representava esta solução cobriria os gastos da instalação em pouco mais de sete anos. Idem, *ibidem*, pp. 430-431.

<sup>868</sup> Idem, *ibidem*, pp 431-432.

<sup>869</sup> Santa Casa da Misericórdia do Porto, *Relatório dos Actos da Mesa da Santa Casa da Misericórdia do Porto*, Porto, Typ. a vapor de Arthur José de Souza & Irmão, 1897, p. 325.

que esta solução não era a mais adequada para a resolução do problema da iluminação do hospital, apesar de se admitir que trazia melhorias<sup>870</sup>.

Em 1891 equaciona-se a aquisição de campanhas elétricas que permitiria ao hospital prescindido do aluguer das mesmas, considerado bastante oneroso para o hospital<sup>871</sup>. Em 1895 projetava-se um novo anexo onde passariam a funcionar as oficinas, sendo deste modo libertado espaço no interior do edifício principal para acolher mais alienados<sup>872</sup>. Este anexo, orçamentado em 3 200\$000 reis, iria centralizar em si as oficinas de tipografia, sapateiro, carpinteiro, picheleiro e permitir também a arrecadação da bomba de incêndio<sup>873</sup>.

A dificuldade em executar todas as obras necessárias prendia-se sobretudo com fatores económicos. Se, por um lado, os cofres do hospital não suportavam tamanha despesa extraordinária e a própria situação económica nacional oprimia *toda a iniciativa de melhoramentos*, assistia-se a um aumento progressivo de bens de consumo e outros materiais que inviabilizavam as alterações necessárias e obrigavam a administração do HCF a agir com *restricta economia*<sup>874</sup>.

Para colmatar as necessidades cada vez maiores de água procedeu-se, em 1898, à abertura de um novo poço no perímetro do hospital que permitia à instituição ser independente no que se referia ao consumo de água, podendo inclusivamente ser fornecida a dependências que até então eram servidas pela água da Companhia, como as habitações do pessoal e o hospital-barraca<sup>875</sup>. Apesar das dificuldades sentidas pontualmente, iam sendo realizadas algumas obras como, em 1899, a construção de um novo depósito de água a um nível substancialmente superior ao edifício, permitindo resolver os problemas de falta de água do hospital, sobretudo no que se referia às casas de banhos, com os respetivos prejuízos a nível do tratamento e da higiene dos doentes<sup>876</sup>.

---

<sup>870</sup> Santa Casa da Misericórdia do Porto, *Relatório dos Actos da Mesa da Santa Casa da Misericórdia do Porto*, Porto, Typ. a vapor de Arthur José de Souza & Irmão, 1898, pp. 460-461.

<sup>871</sup> Santa Casa da Misericórdia do Porto *Relatório dos Actos da Mesa da Santa Casa da Misericórdia do Porto*, Porto, Typographia de António José da Silva Teixeira, 1891, p. 432.

<sup>872</sup> Santa Casa da Misericórdia do Porto, *Relatório dos Actos da Mesa da Santa Casa da Misericórdia do Porto*, Porto, Typ. De Arthur José de Souza e Irmão, 1895, p. 283.

<sup>873</sup> Encontramos discriminadas as áreas correspondentes a cada nova oficina. Idem, *ibidem*, p. 284.

<sup>874</sup> Santa Casa da Misericórdia do Porto, *Relatório dos Actos da Mesa da Santa Casa da Misericórdia do Porto*, Porto, Typ. a vapor de Arthur José de Souza & Irmão, 1899, p. 387.

<sup>875</sup> Santa Casa da Misericórdia do Porto, *Relatório dos Actos da Mesa da Santa Casa da Misericórdia do Porto*, Porto, Typ. a vapor de Arthur José de Souza & Irmão, 1898, pp. 258-259.

<sup>876</sup> Santa Casa da Misericórdia do Porto, *Relatório dos Actos da Mesa da Santa Casa da Misericórdia do Porto*, Porto, Typ. a vapor de Arthur José de Souza & Irmão, 1899, p. 388-389.



A necessidade de construção de um pavilhão específico para acolher alienados criminosos começa a manifestar-se em 1902 pois estes, por se encontrarem sob prisão, necessitariam de acomodações especiais. Estes doentes eram remetidos para o HCF pelo poder judicial de acordo com os decretos de 10 de Janeiro de 1895 e de 16 de Novembro de 1899, que obrigavam o hospital a acolher estes indivíduos para observação, até se confirmar ou infirmar que padeciam de doenças do foro mental. Esta situação acaba por criar um certo mal-estar entre a SCMP e o Estado na medida em que o segundo usufruía dos serviços prestados pelo hospital portuense sem que efetuasse qualquer pagamento<sup>877</sup>. Numa missiva enviada ao Estado expõem-se os inconvenientes para o HCF que resultavam da admissão destes alienados, nomeadamente que se referia à sobrelotação hospitalar, ao facto de a maioria dos mesmos, sendo indigentes, nada pagarem à instituição e aqui permanecerem muitas vezes indefinidamente, podendo o hospital ser *defraudado no seus interesses, porque alimenta, veste e assiste indivíduos, cuja manutenção pertence ao Estado*. Por outro lado, não é tida como benéfica a coabitação no mesmo espaço entre alienados criminosos e outros doentes pois muitas famílias, sabendo desta promiscuidade, optavam por não enviar os seus alienados pensionistas para o hospital com consequentes prejuízos económicos para o mesmo<sup>878</sup>. Como solução para esta situação, a SCMP propõe que o Governo financiasse a construção de um pavilhão com 20 celas (12 para homens e 8 para mulheres), cedendo o HCF terreno para a construção do mesmo. Este novo edifício poderia ser de apenas um pavimento e devia ainda conter uma sala específica para que se efetuassem os exames e interrogatórios aos alienados. O custo desta obra deveria ser semelhante ao do pavilhão para furiosos anteriormente construído, no montante de 4 736\$377 reis. São ainda descritos os recursos humanos que seriam necessários que consistiriam em dois enfermeiros e quatro guardas<sup>879</sup>. Note-se que existia já projeto para o dito pavilhão. Todavia, o governo não atendeu às pretensões da SCMP e deu indicação à Direção das Obras Públicas do Porto para proceder à elaboração de um projeto de sua própria iniciativa, com respetivo orçamento. Este contemplava a existência de 20 celas, um gabinete médico, casas de banho para ambos os sexos, quartos para os empregados e salas onde os doentes não

---

<sup>877</sup> O tom usado pela Mesa da SCMP mostra grande indignação para com este facto quando lemos *com que justiça vem o Estado apropriar-se para serviço seu dos rendimentos que um benfeitor generoso quis que fossem destinados aos pobres?* Santa Casa da Misericórdia do Porto, *Relatório dos Actos da Mesa da Santa Casa da Misericórdia do Porto*, Porto, Officina Typographica do Hospital de Alienados do Conde de Ferreira, 1902, p. 22.

<sup>878</sup> Idem, *ibidem*, pp. 23-24.

<sup>879</sup> Idem, *ibidem*, p. 24.

agitados podiam permanecer durante o dia, tendo um custo orçamentado em 100 000\$000 reis.

A construção do pavilhão para alienados criminosos termina em 1905 e era composto por 20 celas (11 para o sexo masculino e 9 para o sexo feminino), sendo respeitada a divisão dos sexos. Existia ainda um gabinete para o médico, situado no centro do pavilhão e com acesso às duas alas do edifício, um outro gabinete, casa de banho e gabinete do guarda em cada divisão sexual. Nesta obra foram gastos 8 700\$000 reis dos quais 4 000\$000 reis foram financiados pelo Governo<sup>880</sup>. Note-se que este pavilhão era destinado apenas à observação dos criminosos potencialmente alienados e não de indivíduos cuja alienação mental havia já sido confirmada<sup>881</sup>. Por cumprir mantinha-se o pagamento por parte do Estado das despesas efetuadas pela SCMP com os alienados criminosos que eram equiparados a pensionistas de 3.<sup>a</sup> classe<sup>882</sup> que apenas se iniciou em 1907. Apesar de a SCMP equiparar os alienados criminosos a pensionistas de 3.<sup>a</sup> classe, com uma correspondente despesa diária de 300 reis, o Estado apenas pagava a quantia de 200 reis diários por cada criminoso<sup>883</sup>.

Inicia-se ainda, em 1901, a construção de uma padaria, com dois fornos que iria fornecer pão para consumo do hospital<sup>884</sup> que estaria concluída no ano seguinte<sup>885</sup>. Tendo iniciado a sua função a 2 de Setembro, considerava-se que os resultados obtidos do ponto de vista económico eram positivos, sendo também garantida a qualidade do produto confeccionado<sup>886</sup>. No entanto, os custos de produção do pão de milho eram superiores aos que o hospital praticava anteriormente sendo todavia, a qualidade superior<sup>887</sup>. A construção da padaria foi justificada com dificuldades sentidas na aquisição de géneros

---

<sup>880</sup> Santa Casa da Misericórdia do Porto, *Relatório dos Actos da Mesa da Santa Casa da Misericórdia do Porto*, Porto, Officina Typographica do Hospital de Alienados do Conde de Ferreira, 1905, p. 142.

<sup>881</sup> Em 1910 foi solicitado ao hospital que acolhesse dois alienados recolhidos no aljube todavia foi recusada pois esse internamento teria um carácter permanente, indo contra a indicação da função do pavilhão para criminosos. Santa Casa da Misericórdia do Porto, *Relatório dos Actos da Mesa da Santa Casa da Misericórdia do Porto*, Porto, Officina Typographica do Hospital de Alienados do Conde de Ferreira, 1911, p. 264.

<sup>882</sup> As críticas à atuação do Estado são evidentes nos discursos dos responsáveis do HCF que refletem nos seguintes termos: *se não tem a fortuna de ser protegida, ao menos tem o direito de não ser embaraçada pelo Estado na sua acção beneficente*. Santa Casa da Misericórdia do Porto, *Relatório dos Actos da Mesa da Santa Casa da Misericórdia do Porto*, Porto, Officina Typographica do Hospital de Alienados do Conde de Ferreira, 1905, pp. 275-276.

<sup>883</sup> Santa Casa da Misericórdia do Porto, *Relatório dos Actos da Mesa da Santa Casa da Misericórdia do Porto*, Porto, Officina Typographica do Hospital de Alienados do Conde de Ferreira, 1907, pp. 346-347.

<sup>884</sup> Idem, *ibidem*, p. 215.

<sup>885</sup> Santa Casa da Misericórdia do Porto, *Relatório dos Actos da Mesa da Santa Casa da Misericórdia do Porto*, Porto, Officina Typographica do Hospital de Alienados do Conde de Ferreira, 1903, p. 132.

<sup>886</sup> O preço por quilo de pão produzido seria de 84\$500 reis ou seja, 7\$500 reis mais barato que o consumido anteriormente, proporcionando uma economia de 636\$375 reis. Idem, *ibidem*, pp. 221-222.

<sup>887</sup> Anualmente gastava-se mais 146\$757 reis na produção do pão de milho. Idem, *ibidem*, p. 222.

*com genuinidade garantida*, a preços combativos e dada a dificuldade em *manter alguns fornecedores n'uma linha de conducta correcta*<sup>888</sup>. Seria frequente a entrega de pão *mal manipulado, de farinha de péssima qualidade, e até pão retardado e fraudulentamente humedecido e submetido a uma segunda cozedura para aparentar de fresco*<sup>889</sup>. Dada a dificuldade em obter em tempo útil a quantidade de pão que se pretendia rejeitar e o facto de as providências tomadas resultarem inúteis, o hospital optou, à semelhança do que acontecia no exército, por fabricar o seu próprio pão. No sentido de se perceber se esta solução era viável do ponto de vista económico, foram efetuados minuciosos registos de toda a receita e despesa afetos aos serviços de panificação. Em 1904 eram já fornecidas alguns outros estabelecimentos da SCMP com o pão confeccionado no HCF o que contribuiu para um saldo positivo de 1 118\$170 reis<sup>890</sup>. Todavia, o lucro da padaria seria distribuído de modo proporcional, pelos estabelecimentos consumidores, de acordo com o *salutar principio do cooperativismo*<sup>891</sup>.

O aquecimento adequado do hospital, temática mencionada com alguma frequência nos relatórios analisados, apenas se concluiu em 1908 com o legado de Bessa Leite<sup>892</sup>. A existência de uma biblioteca no interior do hospital apenas aparece referenciada em 1910 quando se procedeu à sua reinstalação num espaço com melhores condições. Esta era já tida como *importante* e conteria um *grande número de obras valiosas sobre neurologia e pathologia mental*<sup>893</sup>.

Conseguimos perceber que ao longo da cronologia adotada muitas foram as obras encetadas, quer do ponto de vista da manutenção dos diversos espaços quer da construção de novos edifícios que procuraram colmatar lacunas que iam sendo identificadas, de acordo com a matriz assistencial do hospital.

---

<sup>888</sup> É referido que eram frequentes as advertências e penalidades instituídas pela SCMP aos fornecedores por estes não cumprirem cabalmente os serviços contratados. Santa Casa da Misericórdia do Porto, *Relatório dos Actos da Mesa da Santa Casa da Misericórdia do Porto*, Porto, Officina Typographica do Hospital de Alienados do Conde de Ferreira, 1904, p. 235.

<sup>889</sup> Idem, *ibidem*, p. 236.

<sup>890</sup> Idem, *ibidem*, p. 237.

<sup>891</sup> Santa Casa da Misericórdia do Porto, *Relatório dos Actos da Mesa da Santa Casa da Misericórdia do Porto*, Porto, Officina Typographica do Hospital de Alienados do Conde de Ferreira, 1905, p. 279. Veja-se o anexo n.º 19.

<sup>892</sup> Santa Casa da Misericórdia do Porto, *Relatório dos Actos da Mesa da Santa Casa da Misericórdia do Porto*, Porto, Officina Typographica do Hospital de Alienados do Conde de Ferreira, 1908, p. 453.

<sup>893</sup> Idem, *ibidem*, p. 408.

### 3 - Dos homens que elevaram a instituição

Os próprios alienistas eram olhados com reserva e desconfiança *como estando também eles tocados da misteriosa insânia de que se ocupavam, como pessoas de inteligência extraordinária, capazes de entender as insânias e a sem razão dos desassisados*<sup>894</sup>.

Ao longo da história do Hospital Conde de Ferreira, muitos foram os personagens que contribuíram, pelos seus discursos e práticas assistenciais, para engrandecer o nome da instituição portuense. Neste trabalho optámos por referenciar de forma mais demorada António Maria de Sena e Júlio de Matos que desempenharam funções de direção no estabelecimento na cronologia que adotámos para a nossa investigação. Mesmo tendo em conta este período, outros nomes poderiam constar do nosso estudo como o de Magalhães Lemos (que viria a suceder a Júlio de Matos como diretor do hospital em 1911), que também desempenhou funções de alienista no HCF. A sua importância no panorama assistencial nacional é plasmada por incursões mais ou menos pontuais ao longo do nosso trabalho.

Optámos assim por evidenciar os discursos dos dois maiores vultos da alienação mental em Portugal que fizeram carreira no Hospital de Alienados do Conde de Ferreira. Procurámos, deste modo, perceber quais as suas linhas mestras de pensamento e de que forma estas influenciaram e se traduziram na adoção de medidas de conteúdo assistencialista no hospital que ambos dirigiram.

António Maria de Sena, primeiro diretor da instituição, iniciou o seu trabalho mesmo antes de esta abrir as suas portas em 1883, pois a sua nomeação para o cargo por parte da Santa Casa da Misericórdia do Porto marcou o início das suas funções e a ele se deve, por exemplo, a elaboração do primeiro regulamento do hospital bem como uma importante memória descritiva que serão alvo de análise posterior. Já a figura de Júlio de Matos, que inicialmente colaborou com Sena e posteriormente assumiu o cargo de diretor após a prematura morte deste, reveste-se de especial importância pelos seus muitos contributos no âmbito do ensino das doenças mentais, bem como pelos seus trabalhos que incidiram sobre a temática dos alienados.

---

<sup>894</sup> Barahona Fernandes, Pierre Pichot, *Um Século de Psiquiatria e A Psiquiatria em Portugal*, Op. cit., p. 241.

### 3.1 – António Maria de Sena

*Sena usa de uma frontalidade crítica face a uma sociedade portuguesa atrasada, social, científica e civicamente* <sup>895</sup>.

António Maria de Sena nasce a 1 de Janeiro de 1845 na vila de Seia, distrito da Guarda, filho de António Maria de Sena, também ele natural de Seia, e de Ana Josefa de Almeida Melo, natural da vizinha vila de Santa Marinha<sup>896</sup>.

Se o local do nascimento do futuro alienista não parece oferecer dúvida, já a data precisa do seu aniversário parece divergir<sup>897</sup>. No entanto, Carlos Mota Cardoso apresenta-nos a certidão de batismo onde se pode ler que terá sido batizado a doze de Janeiro com onze dias de vida, desfazendo assim os equívocos relativos à sua data de nascimento<sup>898</sup>.

Seus pais viviam dos produtos que a terra fornecia e António Maria de Sena terá sido criado num ambiente muito religioso, marcado pela austeridade como acontecia frequentemente nas famílias portuguesas dos meados do séc. XIX<sup>899</sup>.

A carreira eclesiástica configurava-se como a mais indicada para o jovem beirão, a quem o mestre-escola antevia um futuro na carreira das letras. Com efeito, frequenta o Seminário de Coimbra, onde alcança a atividade de docente e mais tarde frequenta a Faculdade de Teologia onde alcança o grau de Bacharel<sup>900</sup>.

Dúvidas quanto ao futuro a seguir começam a surgir, justificando a sua matrícula em Matemática e também em Filosofia a 15 de Outubro de 1867 poucos meses depois de ter adquirido o grau de Bacharel em Teologia<sup>901</sup>. No entanto, a procura pela sua verdadeira vocação parecia não ter terminado, na medida em que o seu apelo pela Medicina parece surgir nesse mesmo ano de 1867, ou seja, aos 22 anos de idade<sup>902</sup>.

<sup>895</sup> António Pacheco Palha, “Prefácio”, in *Os alienados em Portugal*, *Op. cit.*, p. 14.

<sup>896</sup> Carlos Mota Cardoso, *Op. cit.*, p. 93.

<sup>897</sup> Na obra *A vila de Seia – subsídios históricos*, Mota Veiga assume que a data de nascimento de António Maria de Sena terá sido a 6 de janeiro. Manuel da Mota Veiga Casal, *A vila de Seia – subsídios históricos*, Seia, Clube do Pessoal da EDP, 1999 p. 10. Já António Dias afirma ser a 2 de Janeiro a data em questão. António Flores, *Histórias e Estórias das Terras de Sena*, Coimbra, Coimbra Editores, 1942, p. 192.

<sup>898</sup> Carlos Mota Cardoso, *Op. cit.*, p. 155.

<sup>899</sup> Idem, *ibidem*, p. 95.

<sup>900</sup> Idem, *ibidem*, p. 95.

<sup>901</sup> Augusto Rodrigues (edit. literário), *Memoria Professorum Universitatis Coninbrigensis*. [Em linha], [cons. 20 Outubro de 2018]. Disponível em [http://www.uc.pt/org/historia\\_ciencia\\_na\\_uc/autores/SENA\\_antoniomariade](http://www.uc.pt/org/historia_ciencia_na_uc/autores/SENA_antoniomariade)

<sup>902</sup> Carlos Mota Cardoso, *Op. cit.*, p. 95.

A obtenção de diplomas universitários nas disciplinas de Matemática, Filosofia e de Geometria ter-lhe-ão permitido, por um lado, custear o curso de Medicina, através de aulas particulares que lecionava, e por outro, auxiliar, economicamente a família que se encontrava fragilizada com a doença de sua mãe<sup>903</sup>. A necessidade de financiar o curso de Medicina parece ter sido agravada, segundo António Dias, pelo fato de os seus pais o terem deixado de auxiliar após ter abandonado o curso de Teologia<sup>904</sup>. Certo é que tal vasto e heterogéneo campo de saberes reunido num só homem terão com toda a certeza contribuído para a formação de um médico pluridisciplinar, colocando ao serviço da Medicina disciplinas como a Estatística, a Antropologia aliadas a um profundo humanismo médico<sup>905</sup>.

Adquire o grau de Bacharel em Medicina em 1875 e, no ano seguinte, a 22 de Janeiro é-lhe atribuído o grau de Licenciado. Ainda nesse mesmo ano, a 9 de Julho, é-lhe concedido o grau de Doutor e no ano seguinte inicia funções como lente substituto na Faculdade de Medicina de Coimbra<sup>906</sup>.

A sua produção científica inicia-se também em 1876, ano em que publica *Teses de Medicina Teórica e prática*, onde é possível identificarmos desde logo algumas das suas convicções face à problemática da alienação mental. Nesta obra defende que fenómenos de hereditariedade mórbida não deviam constituir impedimento legal para o matrimónio<sup>907</sup> bem como a necessidade de a prostituição dever ser considerada como um crime<sup>908</sup>.

Cedo se percebe também o carácter experimental e científico do seu pensamento que Sena vai tentar materializar quando assume a direção do Hospital Conde de Ferreira. Na sua obra *Análise espectral do sangue*, de 1876, paralelamente a acesas críticas à influência castradora das ideias vinculadas pela Igreja que dificultavam a progressão das

---

<sup>903</sup> Idem, *ibidem*, pp. 98-99.

<sup>904</sup> António Dias, *Op. cit.*, p. 192.

<sup>905</sup> Carlos Mota Cardoso, *Op. cit.*, p.96.

<sup>906</sup> Augusto Rodrigues, *Op. cit.*

<sup>907</sup> No final do séc. XIX a possibilidade de impedimento dos alienados de contraírem matrimónio era uma questão muito discutida no seio dos facultativos interessados nos domínios da alienação mental. Veja-se por exemplo Casimiro A. D'Oliveira que reflete sobre esta possibilidade concluindo que *Attendendo portanto ao verdadeiro fim do casamento e aos dictames da sã razão, é evidente que a loucura não deve ser causa de divórcio ou de simples separação de pessoas*. Casimiro A. D' Oliveira, *O casamento e a alienação mental*, Dissertação inaugural apresentada à Escola Médico-cirúrgica do Porto, Porto, Typographia Occidental, 1893.

<sup>908</sup> António Maria de Sena, *Teses de Medicina teórica e prática*, Coimbra, Imprensa da Universidade, 1876.

Ciências Médicas, tece rasgados elogios a Costa Simões pela sua reforma do ensino da Anatomia e Fisiologia Geral na Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra<sup>909</sup>.

Nesse mesmo ano de 1876 faz publicar *Delírio nas moléstias agudas* onde, após dividir os delírios em várias categorias nosológicas, nos refere quais as moléstias agudas onde era passível de semiologicamente encontrar esse sintoma. A sua procura por explicações de carácter fisiológico para as alterações encontradas é constante, concluindo que, do ponto de vista de prognóstico, o delírio é por norma de difícil resolução, tanto mais quanto a existência de uma certa predisposição do indivíduo para a alienação mental<sup>910</sup>.

É em 1878 que o Governo de Portugal, por indicação do Conselho Científico da Universidade de Coimbra, concede a António Maria de Sena uma bolsa para que pudesse efetuar estudos no estrangeiro. Durante esta viagem, de quase um ano, passou por eminentes cidades europeias como Paris, Berlim e Zurique onde tomou contacto com distintos nomes da medicina, inteirando-se sobre os progressos das ciências médicas em especial nos domínios da Histologia nervosa e da Fisiologia experimental. Como resultado desta incursão em terras europeias, produz um extenso relatório onde dá conta dos ensinamentos recebidos nos domínios experimental, instrumental e metodológico, não se inibindo também de propor alterações metodológicas no seio das instituições de ensino portuguesas, que deveriam dar maior importância a componentes investigativas<sup>911</sup>.

Numa fase inicial, Sena desenvolveu trabalhos em Paris em laboratórios de Fisiologia e Histologia do sistema nervoso lado a lado com nomes como Maurey e Ranvier, frequentando também os cursos ministrados por Charcot e Jaccoud. Os seus conhecimentos sobre a anatomia do sistema nervoso ampliaram-se quando, em Munique, se inscreveu no curso de doenças mentais dirigido por Gudden. No entanto, terá sido em Viena que se deparou com maiores contributos para os seus estudos. Aqui acompanhou as lições de Meynert no âmbito das doenças mentais e da anatomia cerebral e procedeu à encomenda de um micrótomo de Gudden para a Faculdade de Medicina de Coimbra, importante instrumento para, à época, se conhecer a estrutura dos centros nervosos<sup>912</sup>.

---

<sup>909</sup> António Maria de Sena, *Análise espectral do sangue*, Dissertação inaugural, Coimbra, Imprensa da Universidade, 1876.

<sup>910</sup> António Maria de Sena, *Delírio nas moléstias agudas*, Coimbra, Imprensa da Universidade, 1876.

<sup>911</sup> Carlos da Mota Cardoso, *Op. cit.*, p. 97.

<sup>912</sup> António Maria de Sena, “Viagens Científicas – Relatórios I, II e III”, in *Estudos Médicos*, Coimbra, n.º 17 e n.º 18, (1878-1880), pp. 157-161; pp. 199-203; pp. 2-16.

As influências de carácter naturalista no pensamento do alienista são perceptíveis pela sua filiação na teoria degenerativa, a que frequentemente faz alusão nas suas publicações, que serve de justificação para muitas das suas ações e das propostas que encabeça.

Sena via o homem como um ser perfeito, sujeito a sucessivos aperfeiçoamentos ao longo da evolução da humanidade, evolução essa que não havia ainda terminado e que caminhava no sentido de ir eliminando os produtos tidos como defeituosos provenientes de gerações passadas que iam dando lugar a *produtos perfeitos, sadios e nobres, embriões de gerações futuras mais adiantadas*<sup>913</sup>. Considerava que a alienação mental constituía um capítulo da história natural do homem pois colocava em relevo o papel da natureza que procurava progredir e purificar-se, desembrachando-se para isso dos indivíduos considerados como imperfeitos, resultado de aberrações fisiológicas<sup>914</sup>.

No seguimento da sua filiação à teoria degenerativa, reveste-se de especial importância o facto de os alienados não serem desprovidos de capacidade procriadora o que, não sendo combatido este movimento regressivo, em última análise, poderia conferir *uma certa fisionomia às famílias, povoações e raças*<sup>915</sup>.

Sena partilha da opinião de Maudsley quando este alude ao denominado processo de desumanização. Segundo este autor, numa fase inicial, as variedades desumanizadas são pouco diferenciadas caracterizando-se por alguma excentricidade no pensamento, um espírito que pode facilmente ser perturbado por acontecimentos pouco relevantes, que provocam alterações no processo de sociabilização. Estes indivíduos eram considerados de *temperamento vesânico* e tidos como *os verdadeiros embriões das formas hereditárias da loucura*. Posteriormente surgiriam nevroses elementares que se iam complexificando e exibindo sintomas motores, constituindo a epilepsia, a histeria, a coreia e a catalepsia. Estes indivíduos *são como que a matéria-prima da maxima parte dos alienados*<sup>916</sup>.

---

<sup>913</sup> Como exemplo destas evoluções no sentido da degenerescência o autor exemplifica a escrófula, a tuberculose, a alienação mental. António Maria de Sena, *Os alienados em Portugal, Op. cit.*, p. 71.

<sup>914</sup> Sena considera o alienado como *um tipo orgânico gerado lentamente, à custa de modificações, que vão transformando sucessivamente os elementos de uma série genealógica*. Idem, *ibidem*, p. 72.

<sup>915</sup> Idem, *ibidem*, p. 73.

<sup>916</sup> Idem, *ibidem*, p. 73. Para consubstanciar esta premissa, Sena dá-nos o exemplo de 5 alienadas que aquando da sua institucionalização se encontravam grávidas. Considerando o fruto desta procriação, *caso vençam as asprezas da estrada a percorrer até à idade adulta, e que antes de pagarem à natureza o tributo da loucura, que organicamente lhe devem, a constituírem família própria iriam originar novos troncos de famílias degeneradas, d'essas que mandam alienados para estas casas e criminosos para as prisões*. António Maria de Sena, *Benefícios Sociaes do Hospital do Conde de Ferreira no 1º Triennio*, Porto, Typographia Occidental, 1886, p. 22.



O autor considerava que sob o fundo genético iriam intervir os condicionalismos do meio, através dos acidentes da vida que podiam romper o seu débil equilíbrio ora provocando um *exagero* nas suas ações ora um *amortecimento* das mesmas<sup>917</sup>.

Estes indivíduos podiam ser auxiliados através de medidas de carácter higiénico ou, em algumas formas de alienação quando intervencionadas atempadamente, podia almejar-se a cura através de medidas terapêuticas. Caso não houvesse qualquer intervenção, a demência acabaria por se instalar<sup>918</sup>.

Apesar da possibilidade de cura para algumas patologias do foro mental, o autor considerava que a procriação destes indivíduos gerava, em todos os casos, seres imperfeitos. No final do processo de degeneração atingia-se a idiotia estéril em que o alienado já não era capaz de procriar<sup>919</sup>.

Embora a grande maioria dos alienados dispusesse, nos seus antecedentes familiares, de casos de alienação mental, o autor não nega que alguns estados mórbidos surgem de forma accidental, que foram adquiridos *sob influência de circunstâncias que puderam abalar profundamente um cérebro bem constituído, sem nódoa hereditária*<sup>920</sup>.

Para Sena, a loucura era o resultado de uma relação entre o indivíduo e o seu meio ambiente<sup>921</sup>. Deste modo, eram suficientes pequenos estímulos para fazer despontar alterações de comportamento num indivíduo predisposto enquanto a loucura dita

<sup>917</sup> António Maria de Sena, *Os alienados em Portugal*, *Op. cit.*, p. 73.

<sup>918</sup> *Idem*, *ibidem*, p. 73.

<sup>919</sup> Nas palavras de Sena: *em qualquer dos casos a procriação dá produto com manchas. A hereditariedade é uma força criadora e destruidora. É uma faculdade protectora da vida colectiva. O que no individuo há de bom segue, e com todas as modalidades originadas em adaptações felizes. Do mesmo modo se reproduzem, e seguem em regressão contíua e fatal as nódoas nascidas de falsas relações. Por isso os descendentes de famílias degeneradas vão degenerando sucessivamente, substituindo-se as formas simples e modificáveis pelas mais complexas e fatais*. *Idem*, *ibidem*, pp. 73-74.

<sup>920</sup> *Idem*, *ibidem*, p. 74. Casimiro D'Oliveira chega inclusive a traduzir matematicamente a alienação mental: Alienação mental = Predisposição individual + causa ocasional. Segundo esta fórmula matemática, quanto maior fosse a predisposição individual, menor poderia ser a causa ocasional (CO) para que apareça a loucura, podendo inclusive a CO ser = a 0. Se por outro lado a predisposição individual (P) fosse reduzida, a alienação mental só surgiria com uma CO máxima, podendo em última análise o P ser = a 0, como acontecia no traumatismo craniano, advindo assim a alienação mental exclusivamente de causas ocasionais. O autor considerava que a ocorrência de traumatismos cranianos de tal maneira fortes que pudessem induzir o início da alienação mental era extremamente raro pelo que era determinante a existência de uma componente de predisposição individual. Casimiro A. D'Oliveira, *Op. cit.*, pp. 24-25.

<sup>921</sup> No entanto considerava que *a loucura, no maior número de casos, é antes uma nota de decadência orgânica do que uma doença accidental, passageira. Regra geral, denuncia o desaparecimento próximo de uma família. Os membros dela, afectados de loucura, são ramos secos de uma árvore cujo tronco poucos botões viçosos poderão rebentar no futuro*. António Maria de Sena, *Relatório do Serviço Médico e Administrativo do Hospital Conde de Ferreira relativo ao primeiro biénio (1883-1885)*, Porto, Typographia Occidental, 1885, p. XV.

acidental ou adquirida só surgia como resultado de *causas poderosas na intensidade ou duração*<sup>922</sup>.

Note-se que alguns alienistas julgavam sempre a existência de fatores hereditários nos casos de alienação, excetuando os casos de traumatismo e de loucura sintomática. Todavia Sena considerava que em algumas famílias felizes surgiam situações de loucura irremediável que *é explicável, sem as condições hereditárias, pelas leis gerais da fisiologia, segundo as quais não é infido, mas mensurável, e não muito grande o coeficiente de resistência dos aparelhos orgânicos aos abalos que tendem a perturbar-lhes a constituição*<sup>923</sup>.

A loucura adquirida podia ainda desenvolver-se através da lenta influência de condições destruidoras do organismo, nomeadamente a miséria que, para Sena, consubstanciava *uma dessas condições que nas classes pobres forma uma grande parte dos loucos indigentes; igual condição se dá em certas profissões*<sup>924</sup>. O alienista considerava assim que o alienado era *um elemento de desordem na família e na sociedade* e parte desta premissa para enaltecer o HCF, atribuindo-lhe assim um grande valor económico e social<sup>925</sup>.

O facto de os alienados se encontrarem *sequestrados* no HCF era responsável por aumentar os níveis de paz e sossego no seio das famílias e das populações locais, tranquilidade essa que era possível de ser convertida em trabalho útil e, conseqüentemente, aumentava a produtividade. Por outro lado, os encargos das famílias com os alienados também diminuía, existindo assim maior disponibilidade económica no seio das famílias<sup>926</sup>.

Esta dicotomia clássica seria útil para uma correta instituição da terapêutica. Refira-se que sendo partidário da elevada influência da hereditariedade na génese da loucura, o facultativo tenderia a agir mais como naturalista do que propriamente como médico<sup>927</sup>.

Como a população válida tinha que conservar no seu seio os indivíduos degenerados, tornava-se necessário regular a sua existência de modo a que não

---

<sup>922</sup> Sena diz-nos que *esta dicotomia das formas de alienação em hereditárias e adquiridas parece-me fundamentalmente verdadeira e útil*. António Maria de Sena, *Os alienados em Portugal*, *Op. cit.*, p. 74.

<sup>923</sup> *Idem, ibidem*, p. 75.

<sup>924</sup> *Idem, ibidem*, p. 75.

<sup>925</sup> António Maria de Sena, *Benefícios Sociaes do Hospital do Conde de Ferreira no 1º Triennio*, *Op. cit.*, p. 20.

<sup>926</sup> *Idem, ibidem*, pp. 20-21.

<sup>927</sup> António Maria de Sena, *Os alienados em Portugal*, *Op. cit.*, p. 75.

perturbassem as condições sociais da população válida e proporcionar-lhes proteção para amaciar a sua existência miserável e dolorosa. Uma das formas de regulação seria o isolamento dos indivíduos, consubstanciado no seu internamento hospitalar<sup>928</sup>. Em última análise, a não adoção destas medidas por parte da sociedade em geral teria efeitos muito negativos na dinâmica social instituída<sup>929</sup>.

A institucionalização dos alienados, para além dos benefícios económicos que acarretava para a sociedade, produzia importantes vantagens do ponto de vista humanitário. Sendo estes indivíduos um grupo que ao longo dos tempos foram menosprezados e dotados ao abandono, a sua história é apelidada de *comovente*. Embora a sociedade Oitocentista tenha operado uma transmutação no conceito de loucura, na medida em que o alienado já era visto como um doente, alguns setores da mesma persistiam numa conceção errada da doença mental, alicerçada em *falsos conceitos do passado*<sup>930</sup>.

A abertura do Hospital Conde de Ferreira não teria preenchido uma lacuna existente em Portugal. Sem dúvida que foi responsável por uma importante melhoria na qualidade de vida de muitos alienados e das suas respetivas famílias, bem como da população em geral, se bem que estivesse muito longe de preencher o vazio existente na assistência a estes indivíduos, nomeadamente satisfazer *as necessidades sentidas pelos que teem estudado este problema social*<sup>931</sup>.

É perceptível no seu discurso a tentativa de chamar para o domínio da Psiquiatria e, conseqüentemente, da Medicina as temáticas relacionadas com a loucura na medida em que apenas esta ciência era capaz de determinar a génese dos fenómenos de alienação mental, o seu prognóstico bem como a *influência que pode ter nos frutos procriados por predispostos ou loucos*<sup>932</sup>.

---

<sup>928</sup> Percebe-se que Sena é apologistas desta forma de regulação quando nos refere que *Se fora possível isolar da sociedade os predispostos e os alienados, ou mesmo suprimi-los, por forma a evitar conflitos deles com a população válida, a pouco se reduziria o problema da interferência deles nas condições de existência e futuro de um povo*. Idem, *ibidem*, p. 88.

<sup>929</sup> Sena diz-nos que se, *um povo que deseja conservar-se e progredir, fará por evitar a procriação dos alienados ou predispostos. Se o não fizer, acontecer-lhe-á o mesmo que às castas ou classes sociais, que, para se conservarem adoptaram o principio contraproducente de não misturarem seu sangue com o das classes inferiores*. Idem, *ibidem*, p. 90.

<sup>930</sup> O autor aproveita para elogiar o papel social do hospital que dirige solicitando à plateia que o escutava e considerasse *a importância d'este asylo, e n'elle a excellencia da obra do magnânimo Conde, ao calor d'esse sentimento humanitariu, que nos impelle a condoermo-nos da situação dos fracos, e dissei-me se não sentis dilatar-se-vos a alma de júbilo, attentando na piedade immensa do homem ilustre que hoje comemoramos*. António Maria de Sena, *Benefícios Sociaes do Hospital Conde de Ferreira no 1º Triennio*, *Op. cit.*, pp. 23-24.

<sup>931</sup> Idem, *ibidem*, p. 24.

<sup>932</sup> António Maria de Sena, *Os alienados em Portugal*, *Op. cit.* p. 89.

A importância conferida a medidas de carácter profilático, pese embora a relevância dos fatores de ordem genética no surgimento da alienação mental, é elevada. Note-se que Sena considerava que os primeiros casos de loucura numa determinada família, assim como o seu agravamento em gerações futuras, era determinantemente influenciado por agentes externos, *sem os quais não apareceria a primeira nódoa, nem tão rapidamente se avivariam os sintomas*<sup>933</sup>.

No que se refere à incidência da alienação mental segundo a classe dos doentes, Sena considerava que as classes mais elevadas, estando sujeitas a um maior número de estímulos, produziam mais indivíduos doentes quando comparado com as classes inferiores que eram mais resistentes *por menos sensível, por menor perfeição cerebral, talvez por menor receptividade às causas que noutras classes determinam degeneração*. No entanto, este fenómeno era passível de abranger qualquer indivíduo, independentemente da sua classe social<sup>934</sup>.

As classificações nosográficas que se adotavam, para Sena, eram ainda desprovidas de uma base segura, pois à ciência faltava percorrer um longo caminho na descoberta, quer da etiologia, quer dos processos fisiológicos conducentes aos estadios de loucuras conhecidos. Tal facto originava classificações artificiais e imperfeitas assentes sobretudo em critérios anatómicos, sintomáticos e clínicos. Na sua prática clínica vai optar pela classificação de Krafft – Ebing por considerar que reúne conhecimentos das escolas francesas, alemãs e inglesas<sup>935</sup>.

Sena via a Psiquiatria como uma ferramenta social, na medida em que o seu contributo para a compreensão do ser humano e consequentemente da própria sociedade poderiam constituir valiosas contribuições para a resolução de muitos problemas sociais<sup>936</sup>. Para cumprir esta função o alienista deveria, em primeiro lugar, conhecer a verdadeira situação da alienação mental no seu país para que pudesse fornecer aos corpos dirigentes elementos precisos, com aplicação exata na sociedade em que se desenvolve a doença<sup>937</sup>.

À Psiquiatria cabia também um importante papel no âmbito da profilaxia da doença mental, que deveria combater os fatores passíveis de contribuir para o surgimento

---

<sup>933</sup> Idem, *ibidem*, p. 89.

<sup>934</sup> Idem, *ibidem*, pp. 90-91.

<sup>935</sup> António Maria de Sena, *Relatório do Serviço Médico e Administrativo do Hospital Conde de Ferreira relativo ao primeiro biénio (1883-1885)*, Op. cit., p. 11.

<sup>936</sup> António Maria de Sena, *Os alienados em Portugal*, Op. cit., p. 81.

<sup>937</sup> Idem, *ibidem*, pp. 91-92.

ou desenvolvimento da alienação mental nos indivíduos. Deste modo, no campo da idiotia e da imbecilidade, era necessário combater a falta de higiene e de assistência competente aos recém-nascidos. O autor considerava que estas formas de alienação mental estavam a diminuir nos países onde eram fornecidas condições adequadas para o desenvolvimento e educação das crianças. No sentido oposto, quando as crianças começam a ser mal tratadas ainda durante a gestação da sua progenitora, por esta ignorar regras de higiene da gravidez, quando as próprias parteiras deformavam o crânio das crianças por compressão da cabeça durante o parto, quando se insistia numa *educação viciosa* dos mais jovens, *não admira que seja grande o número de idiotas reconhecidos, e enorme o dos apoucados de espírito por lhes haverem perturbado a evolução natural do seu cérebro*<sup>938</sup>.

O alienista beirão mostrou-se crítico para com a forma com alguns historiadores se dirigiam aos indivíduos apelidados de loucos e bárbaros quando comparados com realidades suas contemporâneas ou seja, censurava ferozmente os fenómenos de anacronismo<sup>939</sup>.

A Psiquiatria era pelo autor considerada importante, inclusive na compreensão histórica, podendo fornecer contributos essenciais para a interpretação de determinadas personalidades de renome que documentaram as suas opiniões com visões e milagres. São, deste modo, referenciados trabalhos do alienista francês Célut sobre o estado psíquico de Sócrates e de Pascal, nos quais se observava a coexistência de perturbações psíquicas com um elevado poder intelectual<sup>940</sup>. Porém, a Psiquiatria seria capaz de atribuir

---

<sup>938</sup> Sena questiona-se sobre *quando entrará de vez nas escolas e por elas nos costumes e nos hábitos a noção que faz do homem um ser natural, cujo desenvolvimento regular e harmonioso depende exclusivamente de condições que importa medir com escrúpulo para deixar desdobrar na vida todas as energias que seu organismo encerra?* Idem, *ibidem*, pp. 264-265.

<sup>939</sup> Neste âmbito Sena considerava que era *frequente ver um historiador tratar de cruéis, desumanos, bárbaros e loucos os produtos saídos de um estado mental longínquo, comparando-os com os de uma época mais próxima. E, note-se, com aqueles epípetos não deixam exprimir simplesmente um estado especial de educação, gerado por condições independentes do indivíduo, pois que acompanham suas críticas de apreciações muito desfavoráveis, fundadas na voluntariedade que supõem existir na produção de factos censurados. Nos povos católicos, por exemplo, o historiador, que relata um auto de fé, e cobre de inpeações os juízes e executores, supondo-os cruéis e desumanos, não lê na psicologia social da época que critica. Aquele que pensa que o jesuíta ensinava a gramática e o dogma da obediência cega e inteira, com o fim de acanhar os espíritos e abafar as energias nativas, para uma necrópole geral firmar o seu domínio, não lê igualmente na história que analisa. De outra forma “vejo” nestes factos a lógica da natureza impondo ao homem colectivo preceitos legitimamente nascidos de um estado mental imperfeito, e por isso passageiro; e apreciá-los-ia com a mesma frieza e critério com que o alienista julga e interpreta os actos extravagantes de um estado mental doentio, que, transportado a outra idade, poderia ser objecto de um culto, ou razão bastante para uma pena capital.* Idem, *ibidem*, pp. 84-85.

<sup>940</sup> Sena diz-nos que estas personagens, e muitas outras de mediana, e até de baixa estatura, tinham visões, com as quais comunicavam, que lhes imputam preceitos e lhes revelavam verdades, atestando-lhes assim, à consciência a existência e poder de seres sobrenaturais, que só apareciam a espíritos eleito para a orientação e direcção dos povos. E as massas viam na convicção dos espíritos selectos, autenticada, nos

uma explicação natural aos factos sobrenaturais *que serviam de fundamento à fisionomia que tomou a consciência de personalidades eminentes ou vulgares, em que se manifestavam, e não menos ao predomínio em que exerceram na sociedade em que viveram*. Caberia então ao alienista aproximar os factos, em que o erro sensorial recai sobre objectos ou factos materiais, apreciáveis pelos sentidos, dos que têm por assunto seres ou factos sobrenaturais, e deu a estes a interpretação daqueles<sup>941</sup>.

No caso da História de Portugal, Sena exemplifica o milagre de Ourique, considerando a hipótese das interpretações que à época os historiadores concebiam serem falsas, admitindo por sua vez a existência de um estado alucinatório que estaria na base deste episódio histórico<sup>942</sup>.

Enceta também incursões no âmbito da criminologia através de discursos proferidos na Câmara dos Pares em 1888. Aqui vai defender, à semelhança de Lombroso, a existência de criminosos-natos aos quais deveria ser aplicada a sequestração indefinida, pois só assim a sociedade se podia defender destes indivíduos cuja procriação resultaria em novos criminosos<sup>943</sup>.

O seu desempenho enquanto administrador do hospital de alienados portuense é frequentemente alvo de elogios por parte da Santa Casa da Misericórdia do Porto, nos diferentes domínios do seu trabalho, sendo um dos principais responsáveis pelo facto de o hospital ser *uma gloria para o Porto e para a nação*<sup>944</sup>.

Em 1887 Sena parece considerar abandonar a direcção da instituição tendo por base um suposto fim da sua missão como *organizador do hospital*, pretendendo regressar à Universidade para lecionar tendo reconsiderado a sua decisão. Todavia, as suas frequentes idas a Lisboa para participar nos trabalhos parlamentares como Par do Reino, embora sejam motivo de regozijo por parte da SCMP, constituem uma preocupação devido aos longos períodos de ausência, sendo substituído pelo Dr. Júlio de Matos durante

---

*grandes espíritos, por qualidade naturais já de si elevadíssimas, motivo de sobejo para acreditá-los e reverenciá-los*, Idem, *ibidem*, pp. 85-86.

<sup>941</sup> Idem, *ibidem*, p. 86.

<sup>942</sup> Idem, *ibidem*, p. 88.

<sup>943</sup> António Maria de Sena, *Discursos sobre o Systema Penitenciario*. São Paulo, Teixeira e Irmãos Editores, 1889.

<sup>944</sup> Santa Casa da Misericórdia do Porto, *Relatório dos Actos da Mesa da Santa Casa da Misericórdia do Porto*, Porto, Typographia de António José da Silva Teixeira, 1885, p. 94.

os mesmos<sup>945</sup>. As suas ausências são cada vez mais frequentes e continuadas no tempo fruto de uma *prolongadíssima sessão parlamentar*<sup>946</sup>.

Paralelamente à importância do seu desempenho enquanto diretor clínico da instituição, refere-se também a sua influência política bem como a sua posição parlamentar que *não é de desprezar em negócios com o governo*<sup>947</sup>.

O sucesso que alcançou na direção do Hospital Conde de Ferreira estará na base da sua chamada a Lisboa com o intuito de reformar e ampliar o Hospital de Rilhafoles<sup>948</sup>.

A doença começa a miná-lo em 1888, sendo-lhe concedidos quatro meses de licença, sendo substituído pelo Dr. Júlio de Matos<sup>949</sup>. No ano seguinte o seu estado de saúde mantinha-se desfavorável continuando Júlio de Matos à frente dos destinos do hospital<sup>950</sup>.

A sua morte em 1889 vai ser profundamente lamentada pela SCMP, considerando que não só o hospital tinha muito a perder com a sua partida mas sim todo o país *porque homens da estatura do dr. Senna, privilegiados como elle com uma intelligencia de primeira grandeza, honram a nação a que pertencem*<sup>951</sup>. É elogiado não só o seu trabalho no HCF como também o seu contributo para a ciência, fruto dos seus trabalhos no âmbito da psiquiatria, *que foram uma novidade no paiz*<sup>952</sup>. Como forma de consagração, é proposta a colocação de um retrato a óleo no salão nobre do hospital<sup>953</sup>.

Fiel aos seus preceitos científicos, António Maria de Sena foi, sem dúvida, uma das figuras mais importantes do alienismo português no final do séc. XIX. As obras que nos deixou, em especial os *Alienados em Portugal*, paralelamente com a sua ação enquanto diretor do Hospital Conde de Ferreira e com as suas tentativas de influenciar os poderes políticos no sentido de adotarem novas políticas de proteção aos alienados atestam a sua superior preocupação com estes indivíduos.

<sup>945</sup> Santa Casa da Misericórdia do Porto, *Relatório dos Actos da Mesa da Santa Casa da Misericórdia do Porto*, Porto, Imprensa Real, 1887, p. 328.

<sup>946</sup> Santa Casa da Misericórdia do Porto, *Relatório dos Actos da Mesa da Santa Casa da Misericórdia do Porto*, Porto, Typographia de A. J. da Silva Teixeira, 1888, pp. 292-293.

<sup>947</sup> Idem, *ibidem*, p. 295.

<sup>948</sup> Santa Casa da Misericórdia do Porto, *Relatório dos Actos da Mesa da Santa Casa da Misericórdia do Porto*, Porto, Typographia de A. J. da Silva Teixeira, 1886, p. 192.

<sup>949</sup> Santa Casa da Misericórdia do Porto, *Relatório dos Actos da Mesa da Santa Casa da Misericórdia do Porto*, Porto, Typographia de A. J. da Silva Teixeira, 1889, p. 242.

<sup>950</sup> Santa Casa da Misericórdia do Porto, *Relatório dos Actos da Mesa da Santa Casa da Misericórdia do Porto*, Porto, Typographia de António José da Silva Teixeira, 1890, p. 272.

<sup>951</sup> Santa Casa da Misericórdia do Porto, *Relatório dos Actos da Mesa da Santa Casa da Misericórdia do Porto*, Porto, Typographia de António José da Silva Teixeira, 1891, p. 415.

<sup>952</sup> Idem, *ibidem*, p. 415.

<sup>953</sup> Santa Casa da Misericórdia do Porto, *Relatório dos Actos da Mesa da Santa Casa da Misericórdia do Porto*, Porto, Typographia de António José da Silva Teixeira, 1890, p. 416.

### 3.2 – Júlio Xavier de Matos

*Baixo, atarracado, cortês, afável, primoroso no trato e nas maneiras, sabendo como poucos conversar, conviver e sorrir (o que não é fácil como se supõe), admirava-se nele, além do homem de ciência que sem dúvida foi, o político ou o diplomata de boa escola que podia perfeitamente ter sido. A obra e as lições de Júlio de Matos impunham-se pela clareza, pela nitidez, pela precisão lapidar, pelo equilíbrio clássico*<sup>954</sup>.

Júlio Xavier de Matos nasceu a 26 de Janeiro de 1856 na cidade do Rio de Janeiro mas cedo se dirige para a cidade do Porto onde seu pai, Joaquim Marcelino de Matos se veio a notabilizar como advogado, sendo um dos seus casos mais mediáticos o que envolveu Camilo Castelo Branco. Sua mãe, Rita Xavier de Oliveira Barros, era irmã de João Xavier de Oliveira Barros, lente na Escola Médico-cirúrgica do Porto. Refira-se ainda que era irmão de Maria do Carmo Xavier de Oliveira Barros que veio a casar com Teófilo Braga, ficando ambos os personagens unidos não só pelos seus ideais positivistas, mas também por laços familiares<sup>955</sup>.

Com nove anos de idade fica órfão de pai, tendo sido indispensável a ajuda dos seus familiares, nomeadamente de seus tios no seu processo educativo e formativo.

Aos 24 anos defende a sua tese intitulada *Pathogenia das Hallucinações* na Escola Médico-Cirúrgica do Porto<sup>956</sup> iniciando a sua atividade profissional como médico adjunto em 1883 no recém-inaugurado Hospital Conde de Ferreira na cidade do Porto.

Júlio de Matos foi autor de uma série de publicações nos mais diversos âmbitos, nomeadamente da esfera das doenças mentais, constituindo-se como o primeiro grande tratadista português neste domínio com a publicação de *O Manual das Doenças Mentais*<sup>957</sup> que mais tarde foi alvo de uma revisão e publicado como *Elementos de Psychiatria*<sup>958</sup>. Muitos dos seus artigos foram publicados na revista *O Positivismo*, da qual foi cofundador juntamente com Teófilo Braga<sup>959</sup>.

<sup>954</sup> Júlio Dantas, “Discurso do Dr. Júlio Dantas, Presidente da Academia das Ciências”, in *Centenário do Hospital Miguel Bombarda antigo Hospital de Rilhafoles*, [s.l.], Edição do Hospital Miguel Bombarda, 1948, p. 71.

<sup>955</sup> Luís de Pina, “Três momentos vitais de Júlio de Matos”, *Op. cit.*, pp.3-5.

<sup>956</sup> Júlio de Matos, *Pathogenia das Hallucinações*, Porto, Imprensa Real, 1880.

<sup>957</sup> Júlio de Matos, *Manual das Doenças Mentais*, Porto, Livraria Central de Campos e Godinho Editores, 1884.

<sup>958</sup> Júlio de Matos, *Elementos de Psychiatria*, Porto, Livraria Chardon de Lello & Irmão Editores, 1911.

<sup>959</sup> Nesta publicação, Júlio de Matos vai ser responsável pela elaboração de 12 artigos de âmbito filosófico bem como de 22 críticas a livros. *O Positivismo*, Revista publicada no Porto entre 1878 e 1882 sob a direção de Teófilo Braga e Júlio de Matos.



O discurso de Júlio de Matos é manifestamente influenciado pelos ideais positivistas com os quais comungava. Refira-se que a filosofia positivista marcou uma determinada época na qual o desenvolvimento das ciências criou no espírito humano uma forte convicção de que o homem se havia distanciado dos fenómenos dogmáticos que a religião e a metafísica haviam enraizado no seio da sociedade. Deste modo, através da experimentação dos vários fenómenos, o homem poderia conhecer a verdade que a ciência conseguia alcançar, atingindo a humanidade, segundo Comte, o último patamar da sua evolução balizada pela lei dos três estados<sup>960</sup>.

Augusto Comte, com o seu *Cours de Philosophie Positive*, dá início a uma sistematização de processos e conceções científicas que vai desenvolver em diversa bibliografia que publica ao longo da sua vida<sup>961</sup>.

Este movimento teve as suas raízes em França<sup>962</sup> no séc. XIX, sendo tal facto devido às contradições geradas no seio da sociedade francesa após a revolução do final do séc. XVIII, que fez nascer um novo paradigma onde a realidade social se apresentava como mutável, autónoma e passível então de ser observada e experimentada. Esta mutação, na forma como o homem via a sua situação no cosmos natural e político, exigiu uma nova explicação do mundo social, criando condições para o emergir de um racionalismo cientista que rompia com as conceções filosóficas e religiosas vigentes<sup>963</sup>.

A conceção desta doutrina positivista como um instrumento de conhecimento da realidade, assente em pressupostos metodológicos de certa forma rígidos, traz consigo uma consequente perda de uma dinâmica criativa do espírito o que explica a não adesão de filósofos a esta doutrina, ao contrário de outros profissionais como médicos e engenheiros, onde o imperativo do monismo metodológico positivista conseguia uma aceitação em larga escala dos postulados formulados no seio da comunidade científica<sup>964</sup>.

A assimilação dos ideais positivistas em Portugal está indissociavelmente ligada ao movimento que foi denominado de Regeneração, protagonizado na 2ª metade do séc. XIX por Fontes Pereira de Melo. O progresso material alicerçado no desenvolvimento

---

<sup>960</sup> José Luís Brandão da Luz, “A propagação do Positivismo em Portugal”, in Pedro Calafate (direç.), Manuel Cândido Pimentel (coord.), *História do Pensamento Filosófico Português*, [s.l.], Vol. IV – o Século XIX, Tomo I, Caminho, 2004, p. 251.

<sup>961</sup> Fernando Catroga procura perceber quais as condições que Augusto Comte dispunha para dar início a tal empresa. Para tal veja-se Fernando de Almeida Catroga, “Os inícios do Positivismo em Portugal: o seu significado Político-Social”, in *Revista de História das Ideias*, Coimbra, Instituto de História e Teoria das Ideias, 1977, pp. 6-22.

<sup>962</sup> Para perceber o porquê deste movimento ter nascido em França e não noutro espaço geográfico veja-se Idem, *ibidem*, pp. 3-6.

<sup>963</sup> Idem, *ibidem*, pp. 1-3.

<sup>964</sup> José Luís Brandão da Luz, *Op. cit.*, p. 253.

das ciências é um fenómeno que, desde a Revolução Francesa, ganha uma nova dimensão<sup>965</sup>.

Fernando Catroga considerava que a conjuntura social portuguesa estava predisposta à aceitação dos ideais positivistas pois as crises ligadas ao desenvolvimento do capitalismo no séc. XIX em Portugal consubstanciaram a necessidade de estudar do ponto de vista científico os fenómenos sociais. Refere que o início tardio da divulgação dos ideais positivistas (década de 70) se deve ao facto de só após os efeitos políticos regeneradores de Fontes Pereira de Melo é que Portugal pôde vivenciar políticas e ideologias características de uma sociedade industrializada, abrindo assim caminho para uma difusão cimentada do positivismo<sup>966</sup>.

Foram os espíritos vanguardistas de Antero, Oliveira Martins, Costa Lobo, Manuel Emídio Garcia, José Falcão, Teófilo Braga, Eça de Queirós, Manuel de Arriaga, Anselmo de Andrade, entre outros que, apesar de virem posteriormente a comungar de opções políticas distintas, abraçaram um projeto regenerador de âmbito intelectual, económico e político da sociedade portuguesa<sup>967</sup>.

A incursão de Júlio de Matos nos domínios positivistas, através da leitura de Comte, terá em muito sido influenciada por Teófilo Braga, conforme nos mostra a correspondência trocada entre ambos<sup>968</sup>.

As novas ideologias subscritas por Darwin vão também desempenhar um importante papel na construção do pensamento de Júlio de Matos, onde as doutrinas transformistas acabam por ser aceites, como foi perceptível no seu trabalho *Ensaio Sobre a Evolução em Biologia* publicado em três partes na revista *O Positivismo*. Aqui defende que os positivistas deveriam subscrever a nova conceção biológica do transformismo, aceite pela ciência e consequentemente pela filosofia positivista<sup>969</sup>.

Pouco tempo depois publica o primeiro dos seis volumes de *Historia Natural Ilustrada* que procurava colmatar o deficitário ensino das coisas naturais. Para a concretização do seu objetivo opta por compilar textos de autores como Buffon, Milne

---

<sup>965</sup> Idem, *ibidem*, p. 239.

<sup>966</sup> Fernando de Almeida Catroga, *Op. cit.*, p. 23.

<sup>967</sup> Idem, *ibidem*, p. 24.

<sup>968</sup> A. Ferrão, “Teófilo Braga e o Positivismo em Portugal (com um núcleo de correspondência de Júlio de Matos para Teófilo Braga)”, Lisboa, Separata do *Boletim da Academia das Ciências*, segunda classe, volume XIX, Lisboa, Academia das Ciências de Lisboa, 1935, p. 37.

<sup>969</sup> Júlio de Matos, “Ensaio Sobre a Evolução em Biologia”, in *O Positivismo*, Porto, Vol. I, 1878-1879, pp. 94-101; pp. 208-212; pp. 291-294.

Edwards entre outros, fazendo uma apologia da ciência à luz dos ideais positivistas que tanto defendia<sup>970</sup>.

Apesar da sua intensa produção literária, provavelmente nenhuma adquiriu a importância do seu *Manual das Doenças Mentais*, que se constituiu como o primeiro tratado de alienação escrito por um português e procurava contribuir para o aumento dos conhecimentos dos profissionais no âmbito das doenças mentais uma vez que não existia ensino oficial destes domínios nem tão pouco o ensino livre dos mesmos. Esta obra refletia não só o empenho do seu autor no ensino da Psiquiatria como também a realidade dos conhecimentos científicos em Portugal que se encontravam intimamente influenciados às grandes formas nosológicas presentes nos hospitais, sendo remetidas para segundo plano as psicoses sintomáticas, as autointoxicações e as infeções que irão ganhar o seu espaço posteriormente<sup>971</sup>.

Esta obra encontrava-se dividida em três diferentes partes. Numa fase inicial, o autor alude à sintomatologia comum a todas as afeções mentais para posteriormente se referir às formas nosológicas tendo por base uma classificação etiológico sintomática. Na última parte, centra-se em temáticas no âmbito da medicina legal, sendo analisados diversos casos onde o alienista poderia ser chamado a intervir<sup>972</sup>.

Júlio de Matos partilhava das convicções de António de Maria de Sena no que se referia à importância da hereditariedade na génese da alienação mental, considerando que se tratava de um fator predisponente de elevada importância que provavelmente se encontrava presente em todos os casos de loucura. Estes indivíduos, de acordo com a teoria da degenerescência, não se limitariam a reproduzir as formas nosológicas dos seus antepassados mas eram responsáveis por uma evolução no sentido de uma cada vez maior complexidade sintomatológica<sup>973</sup>.

Embora sendo determinante, não eram apenas os fatores hereditários que ditavam o rumo do indivíduo em direção à doença mental, sendo também importantes fatores individuais como o consumo de álcool e as influências do meio como a preponderância dos ideais religiosos, as preocupações políticas e as revoluções sociais<sup>974</sup>.

---

<sup>970</sup> Júlio de Matos, *História Natural Ilustrada*, Porto, Livraria Universal, 6 vol., 1880-1812.

<sup>971</sup> José Manuel Morgado Pereira, *A Psiquiatria em Portugal, Protagonistas e história conceptual (1884-1924)*, *Op. cit.*, pp. 133-134.

<sup>972</sup> Júlio de Matos, *Manual das Doenças Mentais*, Porto, Livraria Central de Campos e Godinho, 1884, pp. 10-12.

<sup>973</sup> Idem, *ibidem*, pp. 14-15.

<sup>974</sup> Idem, *ibidem*, pp. 22-24.

Matos vai classificar a loucura segundo oito formas (vesânicas, orgânicas, neuropáticas, tóxicas, simpáticas, diatésicas, morfológicas, sem delírio), descrevendo as sintomatologias físicas e psíquicas associadas, a sua etiologia, tecendo também considerações sobre o seu prognóstico, recorrendo a alienistas como Esquirol, Ball, Krafft-Ebing e Laségue, entre outros<sup>975</sup>.

A terceira parte do tratado é então dedicada ao tema dos alienados criminosos que vai abraçar durante toda a sua carreira. São abordadas vários assuntos desde o exame pericial, passando pela interdição, a validade dos atos cometidos bem como a simulação da loucura, procurando chamar para o alienista um papel cada vez mais importante nestes domínios, tendo em conta os novos preceitos científicos que punham em causa o livre arbítrio<sup>976</sup>.

Júlio de Matos vai, em 1911, prosseguir com a sua obra no âmbito da tratadística nacional publicando *Elementos de Psychiatria*<sup>977</sup>, uma obra mais completa e que resulta da revisão do seu *Manual das Doenças Mentaes*, à luz de novas conceções científicas, plasmadas, por exemplo, nas novas classificações adotadas e na inclusão de novas entidades como as psicoses acidentais. Mantém considerações no âmbito dos predispostos hereditários que distingue dos degenerados por não apresentarem fatores estigmatizantes e que apenas engrossavam as fileiras da loucura caso a influência de causas determinantes fosse muito intensa ou prolongada. Também a religião se mantém como geradora de fenómenos de doença mental na medida em que a sua oposição à caminhada natural do ser humano em direção ao positivismo é geradora de fortes lutas no seu interior e, frequentemente, preparam a loucura.

Do ponto de vista etiológico, a doença resultaria do efeito de vários fatores concorrentes, nosológicos e individuais, de importância diversa, que raramente se podiam precisar relativamente ao seu número e valor<sup>978</sup>.

Nas doenças mentais encontravam-se presentes causas predisponentes *que preparam o individuo para a invasão da loucura* e as causas tidas como determinantes, responsáveis pelo aparecimento da doença mental no indivíduo<sup>979</sup>.

---

<sup>975</sup> Idem, *ibidem*, pp. 104-290.

<sup>976</sup> Idem, *ibidem*, pp. 297-392.

<sup>977</sup> O objetivo da obra era o de *prestar aos policlínicos e aos estudantes de medicina serviços de rápido informe e de fácil iniciação em assumptos cujo ensino oficial só muito recentemente e sem caracter obrigatório se iniciou no país*. Júlio de Matos, *Elementos de Psychiatria*, Op. cit., p. 7.

<sup>978</sup> Idem, *ibidem*, p. 12.

<sup>979</sup> Idem, *ibidem*, p. 12.

No que dizia respeito às causas predisponentes, estas podiam ser individuais ou endógenas, ou seja, cuja responsabilidade advinha exclusivamente dos indivíduos ou causas mesológicas ou exógenas que concorriam para uma maior possibilidade do surgimento da doença tendo em conta as condições físicas e morais em que ele vivia. As causas individuais podiam ainda ser subdivididas em congénitas e adquiridas<sup>980</sup>.

Assim, o autor definia causas endógenas como as *procedentes do individuo e ligadas à sua constituição; actuam como factores internos e em todas as condições de meio*. No que diz respeito às causas exógenas, seriam *precedentes do ambiente physico e social; exercem a sua acção como factores externos e numa relativa independência de condições individuais*. O valor atribuído a cada uma destas causas era distinto e podia variar de acordo com o ponto de vista em que o clínico se predispunha a analisar as causas<sup>981</sup>.

À semelhança de Sena, Júlio de Matos considerava a hereditariedade como uma das causas mais importantes, pois constituía, em algumas doenças a única etiologia conhecida, porque era a que mais frequentemente aparecia inscrita e porque *em certas condições, imprime não só caracteres especiais ao predisposto, mas uma particular feição clínica às formas da loucura*<sup>982</sup>.

O conceito de hereditariedade havia sofrido uma sucessão de alterações com vista a abordar uma série de condições patológicas, considerando também o individuo não só como fruto de uma repetição da loucura ancestral mas *o termo de uma série de degenerações physicas e moraes, como genialmente compreendeu Morel*<sup>983</sup>.

Embora as estatísticas de alguns grandes manicómios não encontrassem relações hereditárias em muitos dos doentes internados, Júlio de Matos considerava que tal facto se devia à deficiente colheita de dados de muitos alienados e devido à frequente ocultação por parte dos agregados familiares de casos de doença mental no seio da família fruto dos estigmas sociais fortemente enraizados. Perante esta ordem de ideias é legítimo que Júlio de Matos considerasse que seria na clínica domiciliária que de um modo mais fácil se conseguiam obter dados sobre fenómenos de loucura que envolviam os familiares do alienado<sup>984</sup>.

---

<sup>980</sup> O autor considerava que esta classificação tradicional desprovida de grande rigor científico fruto de uma elevada promiscuidade entre causas predisponentes e determinantes. Idem, *ibidem*, p. 12.

<sup>981</sup> Idem, *ibidem*, p. 13.

<sup>982</sup> Idem, *ibidem*, p. 14.

<sup>983</sup> A hereditariedade podia ser direta, colateral, unilateral ou convergente, similar ou de metamorfose, unissexual, homochrona ou antecipada, simples ou progressiva. Idem, *ibidem*, p. 15.

<sup>984</sup> Idem, *ibidem*, pp. 15-16.

As causas endógenas podiam ir desaparecendo ao longo do tempo *por uma série de uniões felizes* que era atestado pelo facto de o fenómeno da loucura ser esporádico em muitas famílias. No entanto, noutras situações, nomeadamente em casamentos desfavoráveis, *agrava-se de camada em camada uma simples predisposição psychopathica até à loucura confirmando dos descendentes, e esta, por fim, até à mostrusidade congénita e infecunda*<sup>985</sup>.

Como causas endógenas figuravam também os casamentos consanguíneos<sup>986</sup>, de interesse<sup>987</sup>, condições desfavoráveis dos pais durante a procriação<sup>988</sup>, a raça<sup>989</sup>, o sexo<sup>990</sup> e a idade<sup>991</sup>.

No âmbito das causas externas uma das que mais concorria para o surgimento de doença mental prendia-se com os traumatismos, considerando Matos que *a alienação mental é muitas vezes o efeito da exclusiva incidência d'estas causas, o que facilmente se compreende, considerando o numero, a extensão e a gravidade das lesões cerebraes que podem ocasionar*. Exemplo destes casos era a idiotia que frequentemente surgia após traumatismo antes do completo desenvolvimento físico ou mesmo no parto. O traumatismo impedia não só o futuro desenvolvimento como, por vezes, anulava aquisições já feitas. Também alguns casos de paralisia geral, de epilepsias com demência e de loucura moral tinham na sua génese traumatismos. Quando os indivíduos apresentavam uma elevada predisposição genética, bastavam pequenos acidentes para que se manifestasse a loucura<sup>992</sup>.

---

<sup>985</sup> Idem, *ibidem*, p. 16.

<sup>986</sup> Matos diz-nos que *a consanguinidade intensifica e acentua na descendência os defeitos physicos e psychicos dos progenitores, de sorte que os filhos de parentes por qualquer titulo anormais têm todas as probabilidades de nascer preparados para as psychopathias. Mas neste caso é a hereditariedade a causa predisponente a invocar; a consanguinidade dos pães não fez realmente senão acelerar, como circunstância adjuvante, a acção daquele poderoso elemento etiológico*. Idem, *ibidem*, p. 19.

<sup>987</sup> Tal facto deve-se a que *os casamentos de interesse suppoem n'um dos nubentes, pelo menos, uma organização moral inferior; de resto, como a conquista da fortuna é o alvo exclusivo d'esta ordem de uniões, as doenças ou vícios physicos dos noivos não lhes põem obstáculo*. Idem, *ibidem*, p. 20.

<sup>988</sup> Exemplificando: *Circunstâncias hã que, actuando accidentalmente durante o coito e durante a gestação, originam em filhos de indivíduos sãos as mais graves tendências psychopathicas. São ellas: a idade dos pães, o estado de embriaguez no acto da fecundação, os traumatismos, as emoções deprimentes e certas doenças no período de gravidez*. Idem, *ibidem*, p. 20.

<sup>989</sup> Embora a relação entre raça e alienação mental se encontrasse pouco estudada, considera que é mais frequente nos israelitas. Idem, *ibidem*, p. 21.

<sup>990</sup> As estatísticas ofereciam resultados pouco específicos e por vezes contraditórios nesta matéria. O que se conseguia aferir era que *nas mulheres são mais frequentes a melancolia anciosa e a loucura histérica; nos homens é consideravelmente mais vulgar a paralsua geral*. Idem, *ibidem*, p. 22.

<sup>991</sup> A loucura podia atingir indivíduos de qualquer idade mas era mas frequente nos jovens e nos adultos. Antes dos 20 anos e após os 50 as formas de loucura que surgiam eram muito mais escassas. Idem, *ibidem*, pp. 22-23.

<sup>992</sup> Idem, *ibidem*, p. 23.

Outras causas externas que poderiam contribuir para a instalação de fenómenos de alienação mental diziam respeito à vivência de emoções súbitas<sup>993</sup>, fenómenos de insolação<sup>994</sup>, intoxicações<sup>995</sup>, doenças infecciosas<sup>996</sup>, doenças nervosas<sup>997</sup>, a própria civilização<sup>998</sup>, a religião<sup>999</sup>, as guerras e revoluções<sup>1000</sup>, a profissão<sup>1001</sup>, o estado civil<sup>1002</sup>, as condições de fortuna<sup>1003</sup>, as emoções depressivas<sup>1004</sup>, os excessos sexuais<sup>1005</sup>, a

---

<sup>993</sup> As emoções violentas, fruto por exemplo, da morte de um familiar eram frequentemente seguidas de estados de loucura desempenhando assim as emoções um verdadeiro traumatismo moral. Idem, *ibidem*, p. 23.

<sup>994</sup> Era importante a distinção entre a ação exercida pelos grandes focos de calor nas fábricas e oficinas, cujos sintomas apenas eram perceptíveis após um período prodrômico, da insolação propriamente dita onde a doença surgia de forma quase imediata. Idem, *ibidem*, p. 24.

<sup>995</sup> A mais comum era o alcoolismo mas o morfismo e o cocainismo estavam também cada vez mais presentes. Idem, *ibidem*, p. 24.

<sup>996</sup> Todas as infeções podiam determinar a loucura, quer numa forma transitória quer numa grave forma crónica. Atente-se no caso da sífilis, muito frequente nos antecedentes dos paráliticos gerais. Idem, *ibidem*, pp. 24-25.

<sup>997</sup> Quer fossem orgânicas ou funcionais, constituíam uma forte causa ocasional de loucura, nomeadamente nevroses como a epilepsia e a histeria assim como a neurastenia. Idem, *ibidem*, p. 25.

<sup>998</sup> Matos considerava que *a loucura augmenta das raças inferiores para as superiores, dos povos selvagens e bárbaros para os cultos, das nações estacionárias para as progressivas, das povoações provinciais para as cidades; é na raça branca, nos povos da Europa e da América, nos países mais avançados e nas grandes capitães que ella atinge as máximas proporções*. Idem, *ibidem*, pp. 26-27.

<sup>999</sup> De acordo com as suas convicções positivistas refere-nos que apesar de a fé ter vindo a diminuir, tendo em conta os avanços e a difusão da ciência, muitos homens acreditavam ainda no sobrenatural e poucos indivíduos atingiam o denominado estado positivo de Comte. Idem, *ibidem*, pp. 27-28.

<sup>1000</sup> Representavam um poderoso fator de alienação mental pois a elas estavam associadas a miséria, a fadiga e fortes emoções (ansiedade, terror, desespero). Idem, *ibidem*, p. 28.

<sup>1001</sup> Em primeiro lugar encontravam-se as profissões que exigiam um íntimo contacto com as substâncias tóxicas como o chumbo e o álcool. Posteriormente surgiam as carreiras militares, científicas e artísticas de onde provinham a maioria dos paráliticos gerais, melancólicos e obsessivos. Idem, *ibidem*, p. 29.

<sup>1002</sup> Estatisticamente a maioria dos alienados eram solteiros e viúvos afirmando-se por vezes que *o celibato predispõe à loucura*. No entanto o autor considerava esta ligação pouco rigorosa pois questiona-se se é a alienação que resulta do celibato ou o celibato que resulta da alienação, considerando Júlio de Matos que muitos sintomas tornam os alienados *impróprios para a vida de família*. Idem, *ibidem*, p. 30.

<sup>1003</sup> A maioria dos alienados eram pobres ou indigentes mas a situação podia dever-se às profissões dos indivíduos menos favorecidos. Idem, *ibidem*, p. 30.

<sup>1004</sup> Matos diz-nos que *preparam ou produzem a loucura, sobretudo a melancolia; as dores moraes de acção lenta, mas persistente, como o remorso, a saudade, o ciúme resignado, o amor não retribuído*. Idem, *ibidem*, p. 30.

<sup>1005</sup> As práticas pederásticas, a masturbação e o coito repetido predispunham à loucura devido às excitações nervosas que a eles estavam associados. O onanismo, sendo muito vulgar na puberdade, era funesto nos dois sexos pois os abalos nervosos que o acompanhavam determinavam perturbações na vida vegetativa e posteriormente uma fraqueza progressiva da memória. No entanto, por vezes, os excessos sexuais constituíam antes um efeito da loucura, nomeadamente nos casos de demência parálitica, senil e precoce que no seu período inicial se caracterizava por um *erethismo sexual exagerado*. Idem, *ibidem*, pp. 30-31.

educação<sup>1006</sup>, o contágio moral<sup>1007</sup> e a prisão celular. Não confirmada estava a relação entre o clima e as estações do ano com o surgimento destes fenómenos mórbidos<sup>1008</sup>.

No que dizia respeito à sintomatologia, Matos falava em fenómenos psíquicos e somáticos, conferindo aos primeiros maior importância pois *não faltando nunca e sendo muitas vezes os únicos observáveis em determinados períodos das psychoses só elles verdadeiramente interessam ao seu diagnóstico*. No entanto, não se podiam descurar os sintomas somáticos (físicos) tendo em conta que a alienação mental era a doença de um órgão que não só executava as superiores funções conscientes, mas presidia a todas elas. A divisão dos sintomas em psíquicos e somáticos não era sempre exata podendo por vezes estes ser interpretados de diversos prismas<sup>1009</sup>.

No âmbito da evolução da doença, esta era determinante para, por exemplo, distinguir *as falsas das verdadeiras psychoses, desmascarando os simuladores* e podia caminhar para a curabilidade ou morte, ter um início lento ou brusco, ter uma duração aguda ou crónica<sup>1010</sup>.

A classificação das afeções mentais é minuciosamente abordada por Júlio de Matos que classifica de artificiais as classificações de carácter sintomático protagonizadas por Pinel e Esquirol. Todavia, com Morel, operou-se uma importante transformação pois *fez intervir a causa na constituição dos grupos mórbidos* originando deste modo as classificações naturais<sup>1011</sup>. Vai optar por adotar a classificação de Eugénio Tanzi embora a submeta a algumas alterações<sup>1012</sup>.

---

<sup>1006</sup> Do ponto de vista moral existiriam dois sistemas educacionais opostos que conduziam frequentemente à loucura nomeadamente um sistema exageradamente livre, *que abandona aos conflitos deprimentes da existência os indivíduos na idade em que lhe falta a força interior de combate e o poder íntimo de reflexão para apreciar e dirigir a próprias inclinações; outro, superlativamente severo e proibitivo, que pretende reduzir o individuo a moldes convencionaes e preestabelecidos, sufocando-lhe a natural expansão das tendências e affectos por castigos, que provocam o terror e geram os pusilanimismo, os hyprocritas, os acomodaticios*. Idem, *ibidem*, p. 31.

<sup>1007</sup> Pode operar-se através do contacto indirecto ou directo (imprensa) e para que a loucura germine seria necessário um agente patológico, muitas vezes um paranoico inteligente, ou um terreno sobre o qual iria incidir, muitas vezes um individuo fraco de espírito. Assim se explicava porque não ficavam loucos os empregados dos manicómios e ocorriam fenómenos de *folie à deux*. Idem, *ibidem*, p. 34.

<sup>1008</sup> Idem, *ibidem*, p. 26.

<sup>1009</sup> Idem, *ibidem*, p. 37.

<sup>1010</sup> Idem, *ibidem*, p. 123-131.

<sup>1011</sup> O autor considerava que *nenhum dos elementos mórbidos estudados na etiologia, na symptomatologia, na evolução e na anatomia patológica pode, isolado, servir de base a uma classificação psiquiátrica, é hoje definitivo. No estado actual da psiquiatria, sujeita a uma revisão todos os dias, mercê dos progressos da analyse clinica e da natomia pathologica, seria insensato pensar n'uma classificação definitiva, isenta de incorrecções*. Idem, *ibidem*, pp. 140-143.

<sup>1012</sup> Júlio de Matos vai colocar a paralisia geral no grupo das cerebropsicopatias em vez das infeções pois considerava que ainda não se encontrava provado que esta era originada exclusivamente pela sífilis e vai separar a loucura periódica das psicoses pois esta seria apenas imputável à hereditariedade, o que não acontecia com a mania e com a melancolia. Idem, *ibidem*, pp. 148-149.



Nas considerações que tece relativamente ao diagnóstico da doença, considera que a necessidade de diagnosticar as patologias mentais poderia resultar de necessidades terapêuticas ou médico-legais. Deste modo o alienista podia assumir não só o papel de clínico como também de perito na medida em que se procurava determinar qual a responsabilidade criminal de um acusado ou qual a capacidade civil de um indivíduo interditado ou ainda qual a validade de um ato impugnado tendo como justificação uma pretensa loucura<sup>1013</sup>.

Ao contrário de outras doenças, ao alienista era mais difícil de ver respondidas muitas questões clínicas pois frequentemente o doente encontrava-se desconfiado, por vezes em mutismo ou com lapsos de memória e a família escondia também reiteradamente importantes dados sob a história do doente e da própria família. Estas dificuldades acentuavam-se nos casos médico-legais pois, muitas vezes, estavam importantes interesses em jogo, indiciando frequentes casos de simulação de loucura. Deste modo, convinha repetir o exame algumas vezes e averiguar a fiabilidade das informações recolhidas analisando, por exemplo, a honorabilidade e a ausência de interesses por parte de quem as fornecia<sup>1014</sup>.

Do ponto de vista do prognóstico da doença, Matos considerava ser difícil para o alienista uma correta avaliação do mesmo. Os erros de prognóstico eram visíveis a todos e por eles podiam ser facilmente julgados e podiam interferir de forma abrupta na reputação científica do alienista. O autor faz notar que as estatísticas eram muito disparens no que se referia a taxas de curabilidade, oscilando entre os 32 % e menos de 20 %. Por outro lado, a elaboração de estatísticas não obedecia a regras comuns e eram muito distintas entre elas ocorrendo por exemplo em alguns hospitais a exclusão destes estudos dos idiotas e imbecis, que eram obviamente incuráveis<sup>1015</sup>. Apesar das dificuldades de prognóstico, considera existirem afeções mentais incuráveis, com um mínimo de curabilidade e com um máximo de curabilidade, fazendo notar que, quanto mais novo o indivíduo, maior as probabilidades de cura e que esta ocorre maioritariamente nas mulheres devido á reduzida incidência de paralisia geral no sexo feminino<sup>1016</sup>.

---

<sup>1013</sup> Idem, *ibidem*, p. 150.

<sup>1014</sup> Apesar de todos os cuidados, *nem sempre os erros de apreciação podem ser evitados*. Idem, *ibidem*, pp. 150-151.

<sup>1015</sup> Matos diz-nos assim que *interrogado sobre o futuro de uma psychose, sobre a sua tendência para a cura, para a chronicidade, para a morte, para a reicidiva ou para a transmissão hereditária, o prático pode sentir-se justificadoamente embaraçado*. Idem, *ibidem*, pp. 160-161.

<sup>1016</sup> Idem, *ibidem*, pp. 161-163.

Os tratamentos podiam ter uma finalidade profilática ou curativa, se bem que alguns métodos curativos, como o isolamento, lograssem também constituir-se como um meio de profilaxia social.

Considerando o tratamento profilático e tendo em conta a importância que confere à hereditariedade na génese da doença mental, não é de estranhar que o autor considere que *a verdadeira prophylaxia da alienação mental consiste em evitar a procriação dos degenerados e predispostos*. No entanto, o autor não propõe leis restritivas do casamento entre alienados como alguns psiquiatras pois temia que tal situação apenas faria aumentar o número de filhos ilegítimos. Considerava sim que o médico devia alertar os indivíduos para as consequências nefastas destes casamentos<sup>1017</sup>.

Também a educação poderia constituir uma forma de profilaxia. Assim, se um indivíduo era tido como predisposto deviam-se combater as causas determinantes, em especial na infância e na puberdade, sendo certo que a cada caso corresponderiam diferentes meios a adotar e existiriam determinadas precauções universais a tomar. Deste modo, devia-se *proporcionar o estudo á capacidade do predisposto pois nada mais funesto aos hereditários que o cansaço cerebral*. Devia igualmente *combater-se sem tréguas as inclinações viciosas, mais pelo exemplo que pelos castigos*. Do ponto de vista físico, importava *promover o desenvolvimento pelo exercício e pelo rigoroso cumprimento dos preceitos geraes da hygiene*<sup>1018</sup>.

No âmbito do tratamento curativo, o isolamento desempenhava um papel primordial. Este só se realizava de modo completo com a mudança de habitação do alienado negando também o contacto com a sua família, amigos próximos e criados. Já Esquirol preconizou a implementação desta medida com o sentido de proporcionar segurança os indivíduos e no sentido profilático pois evitava a procriação do louco e o contágio do seu delírio. O isolamento, tendo em conta as características individuais do alienado podia induzir-se em estabelecimentos especiais como manicómios e casas de saúde; estabelecimentos mistos, institutos hidroterápicos, casas de campo (casas de saúde individuais, em que o doente vive apenas com o pessoal de enfermagem sob a direção clínica de um alienista) e também em viagens em companhia de um médico. Os alienados crónicos podiam ser isolados nas colónias agrícolas, nos asilos e nas colónias familiares<sup>1019</sup>.

---

<sup>1017</sup> Idem, *ibidem*, pp. 164-165.

<sup>1018</sup> Idem, *ibidem*, pp. 165-167.

<sup>1019</sup> Idem, *ibidem*, p. 167.

Embora as famílias temessem a coabitação com outros alienados, esta era considerada vantajosa pois *a exibição dos delírios mais ou menos extravagantes, dolorosos ou grotescos dos companheiros, tem para o doente o valor de uma diversão ao próprio delírio, quando não constitue, como às vezes acontece, nos períodos de remissão, um salutar motivo de reflexões psicológicas*. Apenas se encontrava contra indicado nos casos de confusão mental e dos alienados crônicos e tranquilos<sup>1020</sup>.

O isolamento dos alienados devia ocorrer *tão precoce quanto possível*, embora frequentemente a ignorância dos policlínicos e das famílias impedisse esta medida. Assim, muitas vezes quando era solicitado o internamento, o doente encontrava-se já num estadio crônico da doença. Matos considerava que *a culpa cabe em parte à família e em parte ao médico. A primeira gasta muito tempo em convencer-se de que o individuo é um doente; o segundo, chamado enfim, gasta muito tempo a convencer-se de que o doente é um alienado; depois, um e o outro gastam muito tempo em convencer-se que o socorro de um médico alienista é preciso*<sup>1021</sup>.

No processo curativo poderiam ainda interferir alguns agentes especiais que o autor subdivide em higiênicos, psíquicos, físicos, cirúrgicos e farmacológicos.

Do ponto de vista higiênico refere que a habitação do alienado deveria ser salubre e em local pouco elevado, que a sua indumentária deveria permitir uma fácil irradiação do calor devendo os epiléticos usar um chapéu com o intuito de proteger o crânio aquando das frequentes quedas. As bebidas alcoólicas deviam ser prescritas e dá-nos o exemplo de um manicómio italiano onde o vinho foi suprimido com aparentes grandes vantagens. As camas deviam ser baixas e confortáveis sendo que os agitados e epiléticos deviam usufruir de leitos de guarda, como ocorreria no HCF. Existiam muitos tipos de leitos específicos para os imundos. No HCF *não differem dos outros senão n'este detalhe: o colchão é feito de três peças, de sorte que todos os dias ou mesmo mais de uma vez por dia se renova ou se substitue a central, que o doente conspurca. Isto mesmo vi ultimamente adaptado em alguns manicómios de Paris*<sup>1022</sup>.

No âmbito dos agentes especiais psíquicos, aborda a sugestão hipnótica que, embora valiosa, parecia ser pouca aplicada, excetuando junto das histéricas. Todavia Júlio

---

<sup>1020</sup> Idem, *ibidem*, pp. 169-170.

<sup>1021</sup> Idem, *ibidem*, p. 170.

<sup>1022</sup> Idem, *ibidem*, pp. 170-171.

de Matos reporta que encontrou na maioria dos alienados *uma invencível resistência ao hypnotismo*<sup>1023</sup>.

O agente físico de maior importância e de aplicação mais frequente seria a água. A prática banhar foi universalmente adotada tendo sido elevada a duração dos banhos para várias horas ou mesmo dias e semanas<sup>1024</sup>.

Note-se que alguns alienistas consideravam este processo como um meio contentivo, que substituíra o colete-de-forças e não um meio de cura propriamente dito. Atente-se ainda aos diversos tipos de banhos: frios, duches escoceses, sulfurosos, duches tépidos, sinapizados<sup>1025</sup>.

Cada vez mais se empregava o alectuamento, que também seria aplicado em Portugal nos casos de melancolia, sendo que alguns dos benefícios advinham da *posição horizontal em que os doentes se conservam e que naturalmente favorece a circulação do cérebro*<sup>1026</sup>.

Nos procedimentos cirúrgicos Matos refere que a craniotomia nos casos de idiotia microcefálica não obteve os resultados esperados. A trepanação aplicava-se na epilepsia traumática e nos tumores. Já a punção lombar procurava diminuir a compressão cerebral através da minoração do líquido cefalorraquidiano, sendo descrito o processo como se efetua a punção lombar<sup>1027</sup>.

Do ponto de vista farmacológico eram usados diversos agentes com funções e indicações distintas como os purgantes, hipnóticos, calmantes, tónicos e estimulantes que serão alvo de análise posterior<sup>1028</sup>.

Os seus trabalhos que versaram a Psiquiatria Forense são igualmente eles dignos de registo e fazem notar o enorme interesse que Júlio de Matos mostrava por este tema. Publica no início do séc. XX *Os Alienados nos Tribunaes* em três volumes distintos onde apresenta uma série de casos que ilustram o pensamento que caracterizava os diversos intervenientes que julgavam estes indivíduos<sup>1029</sup>. Mais tarde vai defender que em Portugal os alienistas se encontravam libertos de entraves morais ou legais na realização do seu

---

<sup>1023</sup> Idem, *ibidem*, p. 177.

<sup>1024</sup> Matos diz-nos que *por todo esse tempo a banheira é a habitação do doente que lá dorme e se alimenta*. Idem, *ibidem*, p. 178.

<sup>1025</sup> Idem, *ibidem*, p. 178.

<sup>1026</sup> Idem, *ibidem*, p. 180.

<sup>1027</sup> Idem, *ibidem*, pp. 179-181.

<sup>1028</sup> Idem, *ibidem*, pp. 183-187.

<sup>1029</sup> Júlio de Matos, *Os Alienados nos Tribunaes I*, Lisboa, Tavares Cardoso e Irmão, 1902; *Os Alienados nos Tribunaes II*, Lisboa, Tavares Cardoso e Irmão, 1903; *Os Alienados nos Tribunaes III*, Lisboa, Tavares Cardoso e Irmão, 1907.

trabalho junto dos alienados criminosos embora defenda a constituição de uma magistratura específica. Esta devia ser norteadada por vetores positivistas e naturalistas que estaria mais capacitada para julgar estes criminosos que a ciência considerava já como doentes e, como tal, as punições anteriormente empregadas deveriam ser substituídas tendo em conta propósitos de defesa social<sup>1030</sup>.

Refira-se que, no início do séc. XX, apesar da legislação aprovada no final do séc. XIX, só alguns juízes acatavam a opinião dos peritos. Assim, Júlio de Matos queixava-se dos juízes que recusavam reconhecer a competência dos peritos do Conselho Médico-Legal. Considerava ainda que mais facilmente era imputada irresponsabilidade penal do que nos casos em que se concluísse pela inimputabilidade civil, o oposto do que sucedia séculos antes<sup>1031</sup>. Neste âmbito, Júlio de Matos justifica a sua posição referindo que quer a irresponsabilidade criminal quer a invalidade jurídica têm a mesma origem em fatores de doença mental que impediam os criminosos de um regular exercício da sua vontade, pelo que não fazia sentido a descriminação acima descrita<sup>1032</sup>.

Com a morte de António Maria de Sena em 1889, vai assumir os destinos da instituição onde trabalhava até 1911 ano em que é convidado a dirigir o recentemente denominado Manicómio Bombarda em Lisboa.

Se numa fase inicial desempenhou o cargo de forma interina, o concurso aberto em 1892 ditou atribui-lhe o cargo de diretor do HCF. Para tal concorreram os méritos científicos de Júlio de Matos atestados pelas suas inúmeras publicações *de reconhecido merecimento, pelas suas conferências sobre psiquiatria* associadas à sua prática na administração do dito hospital<sup>1033</sup>.

Foi nesta instituição que se desenvolveu enquanto profissional e o seu papel foi de tal modo determinante que Luís de Pina considera que a direção de Júlio de Matos no Hospital Conde de Ferreira é o momento que caracteriza o 3º ciclo da História psiquiátrica no Porto. Para tal terão contribuído fortemente as suas conferências públicas, também denominadas de ensino livre extraescolar de Psiquiatria, que protagonizou no hospital que dirigia<sup>1034</sup>.

<sup>1030</sup> Júlio de Matos, *A Loucura. Estudos Clínicos e Médico-Legaes*, Lisboa, Livraria Clássica Editora, 1914.

<sup>1031</sup> Júlio de Matos considerava que muitos magistrados só reconheciam a patologia mental nas suas formas mais graves não tendo em conta indivíduos com *ausência de senso ético, perversão profunda dos afectos ou dos instintos, desvio da conduta habitual (...) que derive de uma família condenada pela germinação de psicopatias multiformes*. Luís Navarro Soeiro, *Op. cit.*, pp. 4-6.

<sup>1032</sup> Idem, *ibidem*, p. 6.

<sup>1033</sup> Santa Casa da Misericórdia do Porto, *Relatório dos Actos da Mesa da Santa Casa da Misericórdia do Porto*, Porto, Typographia de António José da Silva Teixeira, 1892, pp. 270-271.

<sup>1034</sup> Luís de Pina, “Três momentos vitais de Júlio de Matos”, *Op. cit.*, pp. 6-7.

A sua experiência como alienista e pedagogo no âmbito da saúde mental terão por certo contribuído para o convite que lhe foi endereçado pelo Conselho da Escola Médico-Cirúrgica Portuense no sentido de reger um Curso de Doenças Mentais que se iniciou na dita escola em Outubro de 1909 e cujas primeiras 10 lições chegaram inclusive a ser publicadas pelo jornalista Bartolomeu Severino<sup>1035</sup>. Estas lições iriam ter o seu término com a Reforma Escolar de 1911 que contemplará a criação de Cadeiras de Psiquiatria e de Neurologia nas recém-fundadas Faculdades de Medicina de Lisboa e do Porto<sup>1036</sup>. É por esta altura que Júlio de Matos abandona o norte do país e se dirige para a cidade de Lisboa onde vai lecionar a cadeira de Psiquiatria e dirigir o recém-renomeado Manicómio Bombarda<sup>1037</sup>. O seu saber casuístico, aliado ao seu poder reflexivo e ao dom da oratória que possuía, cativando facilmente os seus alunos levou a que os seus ensinamentos tivessem muitos seguidores havendo quem considere que o seu ensino *deixou escola*<sup>1038</sup>.

Ainda no âmbito pedagógico fazemos também referência ao facto de ter sido Júlio de Matos que encerrou o famoso Congresso do Ensino Primário tendo também participado no Congresso Pedagógico Hispano-Português-Americano em 1892 onde abordou a temática do ensino da Filosofia nos liceus portugueses. Não esquecemos ainda o facto de ter sido membro do Conselho Superior de Instrução pública durante a I República<sup>1039</sup>.

Os motivos que levaram à sua saída do Porto são de diversa ordem e entre os mesmos afiguram-se relações no mínimo tempestuosas que mantinha com a Santa Casa da Misericórdia do Porto.

Norteados por vetores positivistas, doutrina que muitas vezes era tida como anticlerical, torna-se compreensível que a direção da Santa casa da Misericórdia do Porto não apoiasse, muito pelo contrário, muitos dos ideais de Júlio de Matos. Por outro lado, com a reforma escolar de 1911 dá-se a anexação pedagógica de vários hospitais e

---

<sup>1035</sup> Bartolomeu Severino escreve que, nas vésperas de Natal de 1909, apesar do mau tempo que se fazia sentir no Porto, *não escasseou a assistência, nem faltaram ouvintes ao ilustre psiquiatra. Sem coacção, tão somente atraídos pela superioridade do Mestre aí foram, ao extremo da cidade, algumas dezenas de estudantes e de médicos.* Luís Navarro Soeiro, *Op. cit.* p. 9.

<sup>1036</sup> Para uma melhor percepção das alterações introduzidas nos currículos do curso de medicina da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa veja-se Maria Rita Lino Garnel, "Da Régia Escola de Cirurgia à Faculdade de Medicina de Lisboa.", in Sérgio Campos Matos, Jorge Ramos do Ó (coord.), *A Universidade de Lisboa, Séculos XIX-XX*, I volume, Lisboa, Tinta da China, 2013, pp. 637-644.

<sup>1037</sup> Luís de Pina, "Três momentos vitais de Júlio de Matos", *Op. cit.*, pp. 23-26. A sua saída do Porto, nas palavras de Luís Navarro Soeiro foi efetuada *com relutância, mesmo doloroso sacrifício, a sua terra, o seu Hospital, os seus amigos, a sua tertúlia, apesar da forma altamente honrosa e lisonjeira como foi convidado para suceder a Bombarda.* Luís Navarro Soeiro, *Op. cit.*, p.3.

<sup>1038</sup> Barahona Fernandes, "Júlio de Matos – alienista filósofo", *Op. cit.*, p. 14-15.

<sup>1039</sup> Luís Navarro Soeiro, *Op. cit.*, p.2.

instituições científicas com um papel relevante nas Ciências Médicas. Este diploma, datado de 11 de Maio de 1911, vai originar um profundo desentendimento entre a Santa Casa da Misericórdia do Porto e os sucessivos Governos Republicanos que só seria desfeito a 9 de Maio de 1914 quando o Governo acaba por reconhecer a injustiça da decisão que havia sido tomada. No entanto, o profundo interesse que Júlio de Matos manifestava por um ensino de qualidade e efetivo das Ciências Psiquiátricas levou-o a apoiar a decisão governamental e, deste modo, surge uma cada vez maior incompatibilização com a direção da instituição portuense que viria a ocorrer inevitavelmente no ano de 1911<sup>1040</sup>.

A 11 de Maio desse mesmo ano vai ser autor de um decreto de lei que procurava regular a assistência aos alienados em Portugal. Procedia-se assim à divisão dos manicómios em quatro instituições distintas. Deste modo pressupunha-se a criação de manicómios de ensino, regionais, criminais e manicómios asilos. Além da edificação de sete novos manicómios previa-se a construção de dez colónias agrícolas que tornariam possível uma revolução no panorama assistencial aos alienados em Portugal<sup>1041</sup>.

No entanto, durante a I República, não se assiste à criação de nenhum novo manicómio do Estado e o ambicioso plano delineado por Júlio de Matos apenas encontra tradução na construção do Manicómio do Campo Grande cuja construção se iniciará em 1913 e perdurará até 1942, data em que é finalmente inaugurado<sup>1042</sup>.

Na correspondência trocada com os seus familiares não esconde o seu empenho na consecução desta obra. No entanto, frequentemente se mostra desalentado com o facto da mesma nunca mais ter início<sup>1043</sup>.

Ao longo de vários anos não esconde o rancor para com os responsáveis da Misericórdia do Porto como é possível verificar na intensa correspondência que mantinha com familiares da cidade invicta. Os termos usados são duros<sup>1044</sup> e carregados de ressentimento no entanto deixa transparecer uma profunda saudade da cidade do Porto embora refira sentir-se muito estimado em Lisboa.

Ao contrário do seu amigo Teófilo Braga, Júlio de Matos nunca se imiscuiu seriamente na política pese embora tenha tido algumas solicitações no sentido de aceitar

<sup>1040</sup> Luís de Pina, "Três momentos vitais de Júlio de Matos", *Op. cit.*, pp. 22-28.

<sup>1041</sup> José Morgado Pereira, "A psiquiatria no tempo da I República", *Op. cit.*, p. 135.

<sup>1042</sup> Atualmente Hospital Júlio de Matos, integrante do Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa.

<sup>1043</sup> Nas suas palavras: *Se vejo a obra começada neste verão, crio alma nova*. Luís de Pina, "Três momentos vitais de Júlio de Matos", *Op. cit.*, pp. 34-35.

<sup>1044</sup> Chega a referir sentir-se *doente, contrariado, cheio de nojo*. *Acabar com essa situação esmagadora, tornou-se uma necessidade iniludível e urgente*. Idem, *ibidem*, p. 28.

o cargo de Ministro da Instrução Pública ou até mesmo uma candidatura à Presidência da República<sup>1045</sup>.

No plano profissional a sua mudança para Lisboa não o satisfaz na plenitude sobretudo no que diz respeito ao hospital que passou a dirigir, o Manicómio Bombarda. Afirmou frequentemente que as condições que encontrou no antigo Convento de Rilhafoles eram em muito inferiores às que dispunha no Hospital Conde de Ferreira<sup>1046</sup>.

Após a sua morte Sobral Cid assume a direção do Manicómio Bombarda e deixa-nos vários testemunhos de como encontrou o dito hospital, que vão de encontro às declarações de Júlio de Matos e nos permitem conhecer a realidade assistencial que tanto criticava.

Numa memória dirigida ao Ministro do Interior, publicada pelo jornal *Lisboa Médica* em 1927 e 1928 Sobral Cid considerava a existência de *vícios orgânicos, males adquiridos e defeitos do estatuto geral* que ajudavam a delinear um panorama negro no Manicómio Bombarda<sup>1047</sup>. Deste modo, julgava ser a instalação do manicómio num velho edifício o defeito capital desta instituição. Recordamos aqui que vários pareceres pedidos em meados do séc. XIX consideravam a criação de raiz de um novo hospital a opção mais favorável para a instituição do primeiro hospital de alienados em Portugal. No entanto, optou-se por proceder a obras de adaptação do velho convento de Rilhafoles para aí serem acolhidos os doentes transferidos das enfermarias de alienados do Hospital de São José. Todavia, Sobral Cid considera que a *indeformável estrutura conventual* condenava à partida ao insucesso todas as medidas de adaptação que pudessem surgir<sup>1048</sup>. De forma semelhante, os edifícios de construção mais recente são veementemente criticados, bem como o pavilhão de segurança<sup>1049</sup>.

<sup>1045</sup>Em cartas aos seus familiares, Júlio de Matos refere ter recebido com surpresa a notícia de que era considerado candidato à Presidência da República. Idem, *ibidem*, pp. 31-35.

<sup>1046</sup>Júlio de Matos refere que *o Hospital está muito longe de ser uma coisa decente*, Idem, *Ibidem*, p.29. Luís Navarro Soeiro refere-se à nova vida de Júlio de Matos no Manicómio Bombarda nos seguintes termos: *como devia ele lastimar a paz quase virgiliana da sua orbe e até o opulento conforto do Conde de Ferreira em relação a este inóspito e frio Rilhafoles da época!* Luís Navarro Soeiro, *Op. cit.*, p. 4.

<sup>1047</sup>Cid, José de Matos Sobral, "Reforma e Actualização da Assistência psiquiátrica em Portugal", *Op. cit.*, p. 68.

<sup>1048</sup>Neste âmbito Sobral Cid sublinha o esforço operado por Miguel Bombarda aquando da sua direção de Rilhafoles, no entanto considera que *não pôde nem lhe era possível operar o prodígio de transformar o antigo casarão das freiras num bom asilo de alienados e muito menos num bom Hospital Psiquiátrico digno desse nome e à altura das exigências da assistência contemporânea*. A sua aversão a este velho edifício é tal que considera que *este merece mais a picareta demolidora do que o trabalho de reconstrução do arquiteto e do engenheiro*. Idem, *ibidem*, pp. 68-69.

<sup>1049</sup>Nas palavras de Sobral Cid *o pavilhão em duplo E, é uma espécie de barracão de construção ordinária, em parte arruinado, mal adaptado às exigências da assistência e que, quando muito, poderá ser conservado provisoriamente*. Já relativamente ao pavilhão de segurança refere que *deve desaparecer o mais depressa possível*. Idem, *ibidem*, p. 69.



No plano do que o autor designa por *males adquiridos*, a sobrelotação de doentes é eleito o principal problema pois o número de doentes internados era demasiado elevado o que acarretava importantes repercussões negativas no funcionamento quotidiano da instituição e, consequentemente, nos cuidados prestados aos alienados<sup>1050</sup>.

A génese desta situação é diretamente atribuída ao Estado que, desde a abertura do Hospital de Rilhafoles, em 1848, não mais patrocinou a existência de instituições que acolhessem alienados. As instituições particulares, como a Santa Casa da Misericórdia do Porto e a Ordem Hospitaleira de São João de Deus, que geriam outros hospitais de alienados, eram incapazes de suprir as necessidades reais de todo o Reino. Por outro lado, o facto destas instituições apenas acolherem o número de doentes para os quais se encontravam dimensionados, vai contribuir para um aumento do número de pedidos de admissão em Rilhafoles, que a direção do manicómio não consegue contrariar<sup>1051</sup>.

Como consequências desta acumulação de doentes surge, na linha da frente, a diminuição do espaço destinado a cada alienado<sup>1052</sup>. Assim, o princípio vigente de repartir os doentes em pequenas salas não encontrava seguimento em Rilhafoles, onde predominavam os vastos dormitórios. Aliada a esta realidade associa-se uma reduzida disponibilidade de recursos humanos e a falta de meios adequados à prática de balneação permanente<sup>1053</sup>. Encontramos assim o conjunto de justificações para a não irradicação total de práticas de contenção dos doentes, que a moderna Psiquiatria fazia cair em desuso<sup>1054</sup>.

---

<sup>1050</sup> Sobral Cid diz-nos que *que a superacumulação de doentes se vem progressivamente agravando a ponto de atingir proporções monstruosas e jamais atingidas no mundo civilizado*. Idem, *ibidem*, p. 70.

<sup>1051</sup> A este respeito Sobral Cid refere que *não é possível resistir à pressão que a todos os momentos e de todos os pontos do país exercem sobre a Direção do manicómio os constantes pedidos de admissão de todas as autoridades administrativas, e em muito especial do Governo Civil e da Polícia de Lisboa*. Idem, *ibidem*, pp. 71-72.

<sup>1052</sup> As suas palavras são elucidativas: *Assim, e sobretudo de noite, o espetáculo de algumas salas, tanto da 1ª como da 2ª Divisão sexual, repletas de doentes e onde dificilmente se pode transitar, é verdadeiramente constrangedor. Tem-se a impressão de uma população em êxodo, acossada pela guerra ou fugida de uma epidemia, que de um momento para o outro tivesse sido necessário alojar a trouxe-mouxe num albergue improvisado*. Idem, *ibidem*, p. 72.

<sup>1053</sup> Em consonância com os ideais de Emil Kraepelin, Sobral Cid defendia as vantagens terapêuticas dos banhos prolongados. Veja-se José de Matos Sobral Cid, " Processo histórico e moderna orientação da assistência psiquiátrica", *Op. cit.*, pp. 144-145.

<sup>1054</sup> Sobral Cid preocupa-se em mostrar que, apesar das deficitárias condições logísticas do Manicómio Bombarda, *não nos temos poupado a esforços no intuito de limitar e reduzir cada vez mais o seu emprego; e, efetivamente, graças à aplicação oportuna de meios terapêuticos variados, conseguimos muitas vezes evitar a aplicação do coleto num grande número de casos de excitação maníaca ou catatónica, paralisia geral agitada ou delírio alucinatório confusional, que outrora eram sistematicamente passivos dos meios mecânicos de contenção*. Idem, " Reforma e Actualização da assistência psiquiátrica em Portugal ", *Op. cit.*, pp. 73-74.

Outra das nefastas consequências associadas à sobrelotação dos doentes dizia respeito ao reduzido número de alienados que empreendiam atividades de carácter ergoterápico. A necessidade primordial de arranjar espaço para acolher tantos doentes sacrificava a existência de oficinas e ateliers onde os doentes poderiam desenvolver uma série de atividades como costura, cartonagem, tapeçaria, etc. Assim, muitos alienados encontravam-se entregues à ociosidade, o que se afastava das modernas práticas dos manicómios onde estas atividades eram largamente utilizadas com importantes vantagens quer para os doentes quer para a própria economia dos estabelecimentos<sup>1055</sup>. Por último, o excesso de doentes internados era responsável pela criação de condições propícias ao desenvolvimento e propagação de determinadas endemias nosocomiais, sendo a tuberculose a doença contagiosa mais preocupante no seio do quotidiano da instituição<sup>1056</sup>. Sobral Cid mostra-se igualmente muito crítico quando se pronuncia acerca da dependência administrativa do hospital que dirigia para com os Hospitais Cíveis de Lisboa. Declara que esta situação é responsável, em parte, pela degradação das instalações na medida em que o Manicómio Bombarda, embora dispusesse facilmente de mão-de-obra especializada para encetar pequenas reparações, não tinha em seu poder materiais de construção para tais consertos<sup>1057</sup>. Também a inexistência de uma farmácia própria inviabilizava a introdução de novas terapêuticas, já utilizadas frequentemente em modernos hospitais psiquiátricos<sup>1058</sup>. Perante este cenário, Sobral Cid é perentório na reivindicação da autonomia administrativa para o hospital que dirigia<sup>1059</sup>.

O Manicómio Bombarda chega assim ao fim da I República fortemente degradado, quer do ponto de vista estrutural quer organizacional, o que em muito vai limitar a introdução e o sucesso de novos fundamentos terapêuticos que já haviam sido assimilados em outras instituições congéneres Europeias<sup>1060</sup>.

Acaba por falecer a 12 de Abril de 1922, na cidade de Lisboa, vítima de tuberculose pulmonar crónica.

---

<sup>1055</sup> Idem, *ibidem*, pp. 74-75.

<sup>1056</sup> Idem, *ibidem*, p. 75.

<sup>1057</sup> Idem, *ibidem*, pp. 76-77.

<sup>1058</sup> Idem, *ibidem*, p. 77.

<sup>1059</sup> Nas suas palavras *a melhor maneira de remediar todos estes inconvenientes é a concessão ao Manicómio Bombarda de uma larga autonomia, colocando-o num regime de administração por conta própria que lhe permita administrar livremente a dotação que o Estado lhe consigna e as receitas que ele mesmo produz*. Idem, *ibidem*, p. 78.

<sup>1060</sup> Sobral Cid insurge-se contra esta realidade e rubrica várias propostas que pretendiam desbloquear os problemas que identificou. Para melhor as conhecer veja-se José de Matos Sobral Cid, "A Clínica Psiquiátrica de Lisboa", *Op. cit.*, pp. 51-61. e Idem, "Reforma e Actualização da assistência psiquiátrica em Portugal", *Op. cit.*, pp. 100-124.

#### 4 – Das disposições regulamentares do novo hospital

*As diferentes repartições do estabelecimento (...) desempenham funções que harmoniosamente concorrem para assegurar aos alienados uma assistência racional e eficaz. Ao menos foram traçadas nessa ideia as disposições regulamentares*<sup>1061</sup>.

No sentido de compreendermos a dinâmica que presidia ao funcionamento da nova instituição é de vital importância a análise dos seus regulamentos que vão compreender uma série de domínios, quer organizacionais quer assistenciais. Iremos assim abordar as contingências inerentes à elaboração do primeiro regulamento, considerado como provisório, datado de 1883, as suas principais disposições bem como algumas alterações que foram introduzidas até à aprovação do regulamento definitivo em 1891. Posteriormente, após analisarmos as alterações apresentadas pelo regulamento definitivo, centraremos a nossa atenção nos regulamentos especiais da despensa, cozinha e rouparia, procurando depois indagar sobre o cumprimento das normas vigentes. Torna-se útil referir que a análise que empreendemos de cada regulamento se encontra organizada tendo por base a ordem com que as diversas disposições se encontram inscritas nos documentos estudados.

Infelizmente as fontes disponíveis não nos permitiram chegar a todas as conclusões que gostaríamos no sentido de apurarmos o cumprimento dos regulamentos instituídos, no entanto, de forma indireta, procurámos observar diversos contributos que nos pudessem auxiliar neste projeto.

---

<sup>1061</sup> António Maria de Sena, *Os alienados em Portugal, Op. cit.*, p. 321.

#### 4.1 – A elaboração do primeiro regulamento

*Um hospital de alienados é um estabelecimento em que se recebem, guardam e assistem indivíduos destituídos de capacidade jurídica e das aptidões que dão possibilidade de defesa nos conflitos d vida*<sup>1062</sup>.

O primeiro regulamento que regimentou o funcionamento do hospital de alienados do Conde de Ferreira foi redigido por António Maria de Sena, tendo sido para tal nomeado pela Mesa da Santa Casa da Misericórdia do Porto, entidade responsável pela sua administração<sup>1063</sup>.

São vários os problemas que o alienista beirão vai encontrar quando redige o regulamento inicial, chegando inclusive a admitir que *a confecção deste documento foi a parte mais melindrosa da minha comissão*<sup>1064</sup>. Tal circunstância deveu-se sobretudo ao facto de ser inexperiente em tais matérias, bem como fruto da falta de documentos semelhantes em Portugal. Recordemos que, à data da fundação do Hospital Conde de Ferreira, funcionava já o Hospital de Rilhafoles, com funções de assistência aos alienados. Todavia, apesar de este possuir um regulamento próprio, António Maria de Sena parece não se basear nesse documento, datado de 1851. Esta atitude não nos surpreende, na medida em que o autor sempre se mostrara muito crítico em relação ao modo de funcionamento do hospital lisboeta, em especial no que dizia respeito aos meios de repressão aí usados.

Paralelamente, Sena antevê alguns problemas na aceitação do regulamento que se propõe a elaborar por parte da SCMP na medida em que admite que o mesmo será bastante diferente dos restantes documentos afetos a outros estabelecimentos geridos pela mesma instituição<sup>1065</sup>. O autor temia assim que as especificidades do estabelecimento que se

---

<sup>1062</sup> Idem, *ibidem*, p. 324.

<sup>1063</sup> A 13 de Janeiro de 1881 a Mesa discute um requerimento onde, considerando que o hospital de alienados se encontrava quase pronto, face à inexistência de mobiliário e tendo em conta a necessidade da concordância de um clínico, a testamentaria propõe para nomeação de diretor do HCF António Maria de Sena, ao qual a testamentaria pagaria o ordenado a partir da data em que o mesmo fosse nomeado. A Mesa da SCMP cria o lugar de diretor do hospital e abre concurso por 20 dias, ao qual concorreram 10 clínicos. Insatisfeitos com os documentos apresentados, os Irmãos solicitam mais informações sobre os candidatos e a 17 de Fevereiro de 1881 acabam por nomear, por unanimidade, Sena. Livro de actas da Mesa da Santa Casa da Misericórdia do Porto, Banco 8º, n.º 26, pp. 25-26.

<sup>1064</sup> António Maria de Sena, *Os alienados em Portugal*, *Op. cit.*, p. 321.

<sup>1065</sup> A Santa Casa da Misericórdia do Porto detinha, no final do séc. XIX, uma série de instituições com valências muito diferenciadas embora com o denominador comum da assistência aos mais desfavorecidos. Destacamos aqui o Hospital de Santo António, Instituto para Surdos-Mudos Araújo Porto, Estabelecimento Humanitário do Barão de Nova Sintra, entre outros.

encontrava na fase final de construção, que teriam a sua natural tradução no respetivo regulamento interno, não fossem entendidas de modo cabal pelos representantes da instituição portuense<sup>1066</sup>.

Apesar de parecer óbvia a falta de experiência, inerente às diferentes particularidades relativas à população alienada, não nos parece que a Misericórdia do Porto se mostrasse alheia às mesmas, como atesta a escolha de um alienista para a elaboração do regulamento hospitalar. Por outro lado, o Conde de Samodães, à altura Provedor da Santa Casa da Misericórdia local, considerava crucial, no plano da assistência aos mais desfavorecidos, a criação de uma instituição que *melhor satisfizesse aos princípios pelos quais se tratam hodiernamente estas enfermidades*<sup>1067</sup>.

O distanciamento do alienista face às práticas em Rilhafoles é também bem visível quando aponta os princípios fundamentais para a elaboração do documento, elegendo primordialmente a procura de *uma assistência humanitária e racional*, tendo por base a necessidade de elevar os loucos à dignidade de doentes, paradigma já preconizado por Pinel no início do séc. XIX. Assim sendo, considera que, aliado a um tratamento baseado na brandura e amor, deviam ser tidas em conta as noções de patologia mental que a comunidade científica da época apregoava<sup>1068</sup>.

Percebe-se ainda a importância que a investigação científica adquire no funcionamento do hospital. Para tal, não se devia cingir ao tratamento humanitário dos doentes, devendo prover igualmente o estudo da condição mental. Ao longo do primeiro regulamento da instituição, vamos encontrar diversas normas que vão ao encontro dos princípios fundamentais previamente definidos<sup>1069</sup>.

Sena considerava ainda que era ao diretor do hospital que, em última instância, todos os empregados deviam obedecer, embora o mesmo respondesse pelos seus atos perante a Santa Casa da Misericórdia do Porto. Para justificar a importância que o autor atribuiu à cadeia hierárquica, que de forma minuciosa vai dissecar no documento, é feita referência a Esquirol, segundo o qual o médico devia dirigir todas as ações inerentes ao funcionamento da instituição sendo a sua autoridade particularmente inquestionável num

---

<sup>1066</sup> António Maria de Sena justificava este seu parecer com o facto de aos alienados que eram recebidos no Hospital Geral de Santo António não ser prestada qualquer assistência especializada, sendo sujeitos a regimes de internamento em tudo semelhantes à restante população. António Maria de Sena, *Os alienados em Portugal*, *Op. cit.*, p. 322.

<sup>1067</sup> Idem, *ibidem*, p. 279.

<sup>1068</sup> Idem, *ibidem*, p. 322.

<sup>1069</sup> Idem, *ibidem*, pp. 323-324.

hospital de alienados<sup>1070</sup>.

Por último, aos recursos humanos afetos ao hospital é reconhecido um papel crucial no processo terapêutico do alienado, sendo para tal importante a presença de indivíduos qualificados e motivados para este trabalho<sup>1071</sup>.

Não podemos esquecer que é só nos primórdios do séc. XX que o ensino da Psiquiatria passa a ser obrigatório no currículo das diferentes Escolas médicas existentes em Portugal. Até então, o conhecimento científico que os alienistas dispunham era baseado na leitura de tratados de patologia mental que, associado à experiência adquirida no contacto com os alienados, despoletava em alguns clínicos alguma curiosidade científica. Esta despoletou, por exemplo, na elaboração de algumas teses finais de licenciatura cuja temática residia em vários domínios da alienação mental<sup>1072</sup>.

Também no que diz respeito à formação de enfermeiros, Portugal encontrava-se numa situação pouco favorável, tendo em conta que a primeira escola de Enfermagem no país é criada apenas em 1881 na cidade de Coimbra com a designação de Escola dos Enfermeiros de Coimbra que tinha como objetivo formar profissionais para prestarem serviço nos Hospitais da Universidade local. Já a assunção da especificidade dos cuidados a prestar a alienados vai ganhar visibilidade na década de 30 do séc. XX com a elaboração, por parte de Luís Cebola, do primeiro manual de Enfermagem psiquiátrica conhecido em Portugal<sup>1073</sup>.

O regulamento provisório foi aprovado inicialmente pela SCMP e mais tarde, a 20 de Dezembro de 1882 pelo Governo Civil do Porto que introduz pequenas alterações em alguns artigos. Posteriormente, a 14 de maio de 1883 seria aprovado pelo Ministro e Secretário dos Negócios do Reino<sup>1074</sup>. No entanto, este regulamento seria passível de posteriores remodelações tendo em conta a experiência adquirida ao longo dos anos<sup>1075</sup>. O regulamento definitivo encontrava-se já elaborado em 1886 e havia sido aprovado pela

---

<sup>1070</sup> Idem, *ibidem*, pp. 323-324.

<sup>1071</sup> Idem, *ibidem*, p. 324.

<sup>1072</sup> Luís de Pina analisou milhares de teses finais produzidas na Escola Médico Cirúrgica do Porto e concluiu que 112 versavam temáticas relacionadas com a saúde mental o que denota alguma curiosidade por esta ciência emergente. Para um conhecimento mais aprofundado sobre esta matéria veja-se Luís de Pina, “Quadros breves da evolução psiquiátrica em Portugal”, separata de *Arquivos da História da Medicina Portuguesa*, Porto, [s.n.], 1972.

<sup>1073</sup> Veja-se a obra Luís Cebola, *Enfermagem de alienados*, Lisboa, Gomes de Carvalho, 1932.

<sup>1074</sup> Santa Casa da Misericórdia do Porto, *Relatório dos Actos da Mesa da Santa Casa da Misericórdia do Porto*, Porto, Typographia de António José da Silva Teixeira, 1883, p. 99.

<sup>1075</sup> Santa Casa da Misericórdia do Porto, *Relatório dos Actos da Mesa da Santa Casa da Misericórdia do Porto*, Porto, Imprensa Real, 1885, p. 102.

Mesa e Definitório, aguardando a aprovação por parte do governo<sup>1076</sup>. Este processo foi demorado e alvo de acesas críticas por parte da Misericórdia portuense. O governo terá enviado o regulamento para o Dr. Craveiro, à data, diretor do Hospital de Rilhafoles, todavia este demorou-se a dar seguimento ao mesmo, questionando-se a Mesa se tal resultava de *propósito ou descuido*. A concorrência com o hospital da capital é perceptível e atinge proporções discursivas relevantes<sup>1077</sup>.

Em 1888 é referida uma portaria a solicitar uma alteração nas disposições relativas à nomeação do médico diretor, alteração essa que terá sido prontamente assimilada. Não obstante as expectativas por parte da SCMP, o processo foi algo moroso. Foi proposto por parte da Misericórdia uma modificação pontual ao referido regulamento, solicitando a alteração do fornecimento das rações aos funcionários, que podiam optar por recebê-las em cru ou receberem a alimentação semelhante à dos pensionistas, passando esta a ser efetuada monetariamente, em valor equivalente ao das rações, para se evitar abusos<sup>1078</sup>. Esta alteração, apesar de inicialmente ser corroborada por António Maria de Sena, recebeu posteriormente o seu voto contra pois considerava que ofendia direitos adquiridos. Face à demora da aprovação do regulamento e receando que esta proposta de alteração contribuísse ainda mais para este compasso de espera, optou-se por manter o fornecimento de rações em géneros<sup>1079</sup>. Todavia, em 1891 acaba por vingar o pagamento pecuniário do valor das rações, com o consentimento do diretor Júlio de Matos que considerava que o pagamento em géneros era de difícil fiscalização. Apesar de apelidada de positiva, esta medida acarretava o receio de um aumento significativo da despesa pelo que, inicialmente e de forma experimental, terá sido aplicada apenas a empregados superiores<sup>1080</sup>.

A demora por parte do governo na aprovação do regulamento provisório e a necessidade de introdução de algumas alterações levou a Mesa a solicitar que o projeto *baixasse das estações officiaes* para que se pudesse proceder a tais alterações. Aguardava-se que as diligências patrocinadas pelo provedor Castro e Solla dessem frutos para que o

<sup>1076</sup> Santa Casa da Misericórdia do Porto, *Relatório dos Actos da Mesa da Santa Casa da Misericórdia do Porto*, Porto, Imprensa Real, 1886, p. 207.

<sup>1077</sup> Atente-se nas palavras dos responsáveis: *entrará em tudo isto alguma má vontade, rivalidade de terras, ou certa indisposição por ser palpável a superioridade do hospital do Porto sobre o de Lisboa?* Santa Casa da Misericórdia do Porto, *Relatório dos Actos da Mesa da Santa Casa da Misericórdia do Porto*, Porto, Imprensa Real, 1887, p. 327.

<sup>1078</sup> Santa Casa da Misericórdia do Porto, *Relatório dos Actos da Mesa da Santa Casa da Misericórdia do Porto*, Porto, Typographia de A. J. da Silva Teixeira, 1888, pp. 293-294.

<sup>1079</sup> Idem, *ibidem*, p. 294.

<sup>1080</sup> Santa Casa da Misericórdia do Porto, *Relatório dos Actos da Mesa da Santa Casa da Misericórdia do Porto*, Porto, Typographia de António José da Silva Teixeira, 1891, p. 424.

documento fosse novamente estudado<sup>1081</sup>.

Em 1889 considerava-se uma nova reforma do regulamento que proporcionasse à Mesa e consequentemente aos seus delegados, *a hierarchia que lhes compete na ordem administrativa*. Tal necessidade só não era tão imperiosa devido ao relacionamento tido como cordial entre a direção económica e a direção clínica do hospital<sup>1082</sup>. Todavia, as *esferas de acção de cada um* deviam estar *em harmonia com a hierarchia*<sup>1083</sup>. As críticas ao regulamento repetem-se em 1901, com uma tonalidade semelhante, todavia, alude-se ao facto de os diretores clínicos poderem ser substituídos pelo que o bom relacionamento entre a direção económica e a direção clínica poderia sofrer alterações. No entanto, acreditava-se que com um novo regulamento já elaborado e discutido pela Mesa, esta situação fosse alterada<sup>1084</sup>.

O regulamento definitivo seria aprovado a 2 de Outubro de 1891, que se irá manter em vigor até 1911<sup>1085</sup>.

---

<sup>1081</sup> Santa Casa da Misericórdia do Porto, *Relatório dos Actos da Mesa da Santa Casa da Misericórdia do Porto*, Porto, Typographia de António José da Silva Teixeira, 1890, p. 273.

<sup>1082</sup> Santa Casa da Misericórdia do Porto, *Relatório dos Actos da Mesa da Santa Casa da Misericórdia do Porto*, Porto, Typ. a vapor de Arthur José de Souza & Irmão, 1889, p. 391.

<sup>1083</sup> Idem, *ibidem*, p. 391.

<sup>1084</sup> Santa Casa da Misericórdia do Porto, *Relatório dos Actos da Mesa da Santa Casa da Misericórdia do Porto*, Porto, Typ. a vapor de Arthur José de Souza & Irmão, 1901 p. 210.

<sup>1085</sup> A importância concedida à aprovação do novo regulamento geral é perceptível quando a Mesa nos refere que *assim o hospital saíu do seu início provisório para a sua vida normal*. Relatório de 1892, p. 270.



#### 4.2 – A evolução dos regulamentos gerais (1883-1910)

*Um hospital de alienados pode e deve ser mais do que um estabelecimento humanitário*<sup>1086</sup>.

O regulamento provisório de 1883 aparece dividido em sete diferentes secções, que regulam desde os princípios organizacionais do serviço, às admissões, saídas e altas dos utentes, não esquecendo o regime alimentar dos alienados nem tão pouco o serviço religioso.

A administração da instituição, cuja designação oficial seria Hospital de Alienados do Conde de Ferreira, seria devida à Santa Casa da Misericórdia do Porto, conforme o desejo de Joaquim Ferreira dos Santos. No entanto, a gestão quotidiana do estabelecimento encontrava-se a cargo da direcção económica e da direcção clínica, as quais ganham no primeiro regulamento uma definição concreta e minuciosa das suas responsabilidades<sup>1087</sup>.

A importância da sustentabilidade económica da futura instituição encontra tradução logo nas primeiras disposições do regulamento onde são definidas as fontes de receita do hospital, a saber: o rendimento do capital legado por Joaquim Ferreira dos Santos, os valores pagos pelos pensionistas de 1.<sup>a</sup> e 2.<sup>a</sup> classe bem como outros donativos atribuídos ao hospital por particulares<sup>1088</sup>.

Não encontramos, deste modo, referência a possíveis dividendos que pudessem ser obtidos através da produção de bens nas diferentes oficinas, o que pode indiciar que o seu contributo para a balança económica da instituição não tivesse grande relevo.

A distribuição dos doentes obedecia a vários critérios. Em primeiro lugar, operava-se uma divisão sexual, como se preconizava nos hospitais congéneres europeus, bem como no Hospital de Rilhafoles. Posteriormente os alienados eram distribuídos segundo a sua classe (1.<sup>a</sup>, 2.<sup>a</sup>, 3.<sup>a</sup> ou indigentes) e a sua patologia, procurando o diretor agrupar em cada enfermaria doentes de classe e patologia semelhante.

Os pensionistas de 1.<sup>a</sup> classe estavam sujeitos ao pagamento mensal de 45\$000 reis bem como o pagamento inicial de 2\$500 reis que seriam canalizados diretamente para a caixa económica dos empregados. Já os pensionistas de 2.<sup>a</sup> classe deviam pagar uma mensalidade de 30\$000 reis bem como um pagamento efetuado no ato de admissão no

<sup>1086</sup> António Maria de Sena, *Os alienados em Portugal*, Op. cit., p. 323.

<sup>1087</sup> Idem, *ibidem*, p. 330.

<sup>1088</sup> Idem, *ibidem*, pp. 331-332.

valor de 1\$500 reis. Por fim, os pensionistas de 3.<sup>a</sup> classe encontravam-se obrigados ao pagamento de 9\$000 reis por mês, enquanto os indigentes não tinham, como bem se entende, obrigatoriedade de realizar pagamentos mensais à instituição<sup>1089</sup>.

O número de alienados a admitir não deveria ultrapassar a capacidade do estabelecimento, respeitando assim a dotação orçamental da instituição. Para o cumprimento desta disposição era imperioso o cálculo anual da média de despesa diária de cada alienado<sup>1090</sup>.

Também os recursos humanos se encontravam diferenciados quer pelo seu estatuto (superior ou inferior), quer pelo âmbito das suas funções (empregados da direção económica, da direção clínica e do serviço religioso)<sup>1091</sup>.

No que respeitava à direção económica, o seu papel dizia sobretudo respeito às aquisições que concorressem para a manutenção e conservação do hospital, bem como a preparação dos alimentos e restante material necessário para o bom funcionamento da instituição. Era da sua alçada ainda a organização de um orçamento anual, devendo para tal socorrer-se das informações que o diretor clínico veiculava<sup>1092</sup>.

No capítulo II da secção I do regulamento que estamos a analisar, Sena atribui diferentes competências aos funcionários, devendo estes cooperar com a direção económica. É importante referir que as funções desempenhadas pelo fiel da fazenda, o despenseiro, o chefe da cozinha e seus ajudantes, o quinteiro, o maquinista e a roupeira eram consideradas como de cooperação com a direção económica, embora estes funcionários se encontrassem subordinados ao diretor clínico da instituição<sup>1093</sup>.

António Maria de Sena refere-se ao diretor clínico como *primeiro empregado de confiança da administração*, o que vai de encontro às considerações que inicialmente faz, alicerçadas nos escritos de Esquirol, que considerava de vital importância a subordinação dos empregados a um único indivíduo<sup>1094</sup>.

Era ao fiel da fazenda que cabia um maior número de obrigações de âmbito económico pois era o responsável pela escrituração de toda a despesa inerente ao funcionamento do hospital. Da sua responsabilidade constava ainda a receção e expedição das requisições da direção clínica, nomeadamente o mapa diário das dietas. Por último,

---

<sup>1089</sup> Idem, *ibidem*, p. 332.

<sup>1090</sup> Idem, *ibidem*, p. 332.

<sup>1091</sup> Idem, *ibidem*, p. 333.

<sup>1092</sup> Idem, *ibidem*, p. 333.

<sup>1093</sup> Idem, *ibidem*, p. 334.

<sup>1094</sup> Idem, *ibidem*, p. 334.

competia-lhe a elaboração anual de um mapa de despesa geral onde constassem os dados necessários para calcular a média individual correspondente a doentes indigentes e pensionistas<sup>1095</sup>.

Podemos aqui perceber que as funções atribuídas ao fiel da fazenda se revestiam de grande importância na gestão económica do hospital na medida em que todas as despesas intrínsecas à atividade assistencial eram por si escrituradas.

Ao despenseiro cabia a receção, arrecadação e conservação de todos os alimentos, devendo registar a totalidade dos movimentos dos mesmos, nomeadamente os géneros entregues ao chefe da cozinha que era responsável pela preparação das dietas do hospital. É também de notar que o chefe da cozinha era tido como responsável pelos desperdícios para com o despenseiro e pela irregular manutenção da cozinha e estruturas anexas para com o fiscal do serviço clínico<sup>1096</sup>.

Mais tarde, em 1895, as competências destes empregados são dissecadas de forma mais pormenorizada através da criação do regulamento especial da despensa e da cozinha, que será oportunamente tratado.

As funções do quinteiro, maquinista e roupeira diziam, sobretudo, respeito a competências técnicas e de manutenção dos respetivos espaços de atuação, nomeadamente a quinta, o depósito de águas e a rouparia, prestando estes funcionários contas quer ao fiel da fazenda, quer à direção clínica<sup>1097</sup>.

Também a roupeira, bem como as restantes funcionárias que trabalhavam na rouparia, vão ver as suas funções especificadas no regulamento geral da rouparia que seria publicado em 1895, cujas disposições irão ser alvo de posterior análise.

Encontramos a primeira referência à ocupação dos doentes em diversos trabalhos no estabelecimento quando o autor aborda os recursos humanos afetos a algumas repartições hospitalares. Assim, os alienados que se encontravam em convalescença ou eram tidos como tranquilos poderiam trabalhar na quinta e na rouparia caso fossem autorizados para tal pelo diretor clínico. No entanto, os termos inscritos em nada indiciam uma assunção terapêutica do trabalho estruturado no processo curativo dos doentes na medida em que é apenas referido que os empregados são autorizados a *servirem-se* dos alienados para o trabalho pelo qual estavam responsáveis<sup>1098</sup>.

---

<sup>1095</sup> Idem, *ibidem*, p. 334.

<sup>1096</sup> Idem, *ibidem*, pp. 334-335.

<sup>1097</sup> Idem, *ibidem*, p. 335.

<sup>1098</sup> Idem, *ibidem*, p. 335.

Ao diretor clínico, como principal figura administrativa do hospital, competia uma panóplia de tarefas diretamente relacionadas com a admissão e tratamento dos doentes bem como *regular e fazer cumprir todo o serviço clínico, e inspecionar dentro do edifício os actos de administração económica que aí se cumprirem*<sup>1099</sup>.

Com o médico diretor cooperava um médico adjunto, três médicos ajudantes, um farmacêutico (auxiliado por um ajudante), um fiscal, um secretário, um oficial da secretaria, catorze enfermeiros, seis ajudantes, quarenta criados, um contínuo de secretaria e um porteiro<sup>1100</sup>. Refira-se que o diretor clínico, o farmacêutico, o fiscal e o secretário eram nomeados pela administração enquanto os restantes funcionários anteriormente mencionados seriam nomeados pelo diretor clínico, que assumia deste modo funções inerentes à contratação de recursos humanos para o hospital<sup>1101</sup>.

Ao diretor competia-lhe a admissão e distribuição dos doentes pelas enfermarias do estabelecimento, devendo visitar todos os alienados pelo menos uma vez ao dia<sup>1102</sup>. Tendo em conta a dimensão do hospital, que poderia acolher um número considerável de doentes, parece-nos pouco exequível esta disposição, considerando todas as outras responsabilidades que a ele estavam afetas. Esta realidade faz-nos crer num número insuficiente de clínicos afeto ao serviço das enfermarias.

As obrigações no domínio da investigação científica estavam também a cargo do diretor do hospital que devia instituir trabalhos científicos no gabinete de estudo, estimulando os restantes facultativos a encetar estudos no âmbito da patologia mental. Embora inicialmente Sena faça referência à necessidade da investigação científica como meio para atingir um desenvolvimento no conhecimento e terapêuticas para a cura das patologias mentais, a elaboração do regulamento do estabelecimento valora o contributo que estes estudos poderiam trazer para o bom nome do hospital<sup>1103</sup> o que deixa transparecer a ambição do clínico em fazer do Hospital Conde de Ferreira uma referência

---

<sup>1099</sup> Idem, *ibidem*, p. 336.

<sup>1100</sup> Em 1898 são também explicitadas algumas disposições regulamentares específicas ao serviço do portão. Neste documento encontramos as horas de abertura do portão, devendo o empregado exercer uma *rigorosa* vigilância não permitindo que nenhum doente se evada pelo portão ou que algum empregado inferior saísse das instalações sem autorização prévia. Estava também incumbido de informar as visitas dos doentes, de forma cortês, das regras que tinham de respeitar nomeadamente as horas da visita e os espaços onde podiam circular. Era também o porteiro que devia verificar, *sem impertinencias nem vexames*, se os empregados inferiores, operários e trabalhadores, aquando das suas saídas, transportavam consigo artigos que não lhes pertencessem. Veja-se Santa Casa da Misericórdia do Porto, *Disposições regulamentares do serviço do portão do Hospital de Alienados do Conde de Ferreira*, Porto, Officina Typographica do Hospital de Alienados do Conde de Ferreira, 1898.

<sup>1101</sup> António Maria de Sena, *Os alienados em Portugal*, Op. cit., p. 336.

<sup>1102</sup> Idem, *ibidem*, p. 337.

<sup>1103</sup> Idem, *ibidem*, p. 337.

entre os seus pares. A importância conferida aos domínios da investigação é também atestada nos relatórios da Santa Casa da Misericórdia, onde se considera a possibilidade de publicar, quando as investigações forem em número e relevância digna de registo, os resultados obtidos, constituindo-se o hospital portuense uma instituição privilegiada para encetar tais estudos. Tal facto derivava não só das condições estruturais do edifício mas também fruto da utilização exclusiva de *meios racionais de tratamento*<sup>1104</sup>. Era ainda da responsabilidade do diretor clínico a elaboração de um relatório médico e económico anual onde expusesse todos os aspetos de importância científica referentes ao ano em questão<sup>1105</sup>.

Ao médico adjunto, que substituíra o diretor clínico na sua ausência, competiam outras tarefas de âmbito burocrático como assinar as requisições de dietas e medicamentos necessários, verificar o óbito dos doentes falecidos bem como efetuar autópsia aos mesmos (exceto se tiver indicações em contrário)<sup>1106</sup>.

Os registos relativos à evolução do doente, ou relativamente a quaisquer incidentes que pudessem acontecer, deviam ser semanais até aos primeiros seis meses de internamento, mensais até perfazerem um ano e, posteriormente, trimestrais<sup>1107</sup>.

Os médicos ajudantes seriam externos ao hospital e as suas funções em tudo idênticas às do médico adjunto<sup>1108</sup>.

O farmacêutico, que também residia no hospital, tinha a seu cargo todos os assuntos relativos à manutenção da farmácia, conservação das drogas e preparação dos medicamentos. O circuito burocrático que António Maria de Sena pretendia implementar pressupunha que o farmacêutico, após indicação do médico adjunto, requisitasse junto da direção as drogas necessárias e que este preparasse todos os medicamentos segundo o formulário especial para o Hospital Conde de Ferreira. Na falta de indicação em particular, devia guiar-se pela farmacopeia portuguesa<sup>1109</sup>. Repare-se que, numa fase inicial, muitas das drogas provinham do Hospital de Santo António, instituição também pertencente à Santa casa da Misericórdia do Porto, cuja função assistencial já se encontrava fortemente implementada do seio da cidade.

---

<sup>1104</sup> O uso de meios racionais de tratamento surge em oposição a recursos violentos e cruéis, existentes em outros hospitais, sendo fácil de inferir uma crítica ao Hospital de Rilhafões. Santa Casa da Misericórdia do Porto, *Relatório dos Actos da Mesa da Santa Casa da Misericórdia do Porto*, Porto, Typographia de António José da Silva Teixeira, 1885, pp. 98-99.

<sup>1105</sup> António Maria de Sena, *Os alienados em Portugal*, Op. cit pp. 336-337.

<sup>1106</sup> Idem, *ibidem*, pp. 338-339.

<sup>1107</sup> Idem, *ibidem*, pp. 338-339.

<sup>1108</sup> Idem, *ibidem*, p. 339.

<sup>1109</sup> Idem, *ibidem*, pp. 339-340.

O fiscal do serviço clínico desempenhava um importante papel no que dizia respeito à fiscalização do serviço das enfermarias. Assim, devia visitar cada uma delas pelo menos três vezes por dia, procurando perceber se os enfermeiros estavam a cumprir na totalidade as respetivas funções, tomar conta das ocorrências extraordinárias e definir medidas no sentido de pôr cobro a essas mesmas ocorrências. Esta disposição faz pela primeira vez referência no regulamento à negação da necessidade de emprego de meios violentos na contenção dos doentes agitados e furiosos. As faltas que o fiscal detetasse deveriam ser comunicadas por escrito ao diretor sendo o mesmo responsabilizado por quaisquer incumprimentos detetados pelos médicos que não constassem das notas participadas ao diretor<sup>1110</sup>. Era igualmente ao fiscal do serviço clínico que competia zelar pelo bom trato para com os alienados, em particular, aqueles que, fruto da sua patologia, não se podiam queixar dos abusos ou descuidos perpetrados pelos empregados. Tendo em conta que Sena se procura frequentemente afastar do Hospital de Rilhafoles no que diz respeito ao tratamento dos doentes, encontramos neste funcionário um papel de grande relevância para o cumprimento de uma estratégia que preconizava uma atitude para com os doentes muito diferente da que até então parecia estar instituída.

O secretário, como empregado superior da secretaria, detinha funções de âmbito burocrático nomeadamente arquivar mapas e processos de admissão, transcrever as notas dos clínicos do livro de inscrições para o livro das admissões, entre outras tarefas de âmbito oficial. A sua importância residia no facto de se constituir como um elo de homogeneização entre as duas secções distintas de escrituração (económica e clínica). Era auxiliado por um oficial e por amanuenses que trabalhavam sob a sua direção<sup>1111</sup>.

Aos enfermeiros competia executar, sob inspeção do fiscal, todo o serviço inerente às enfermarias, dispondo para tal de ajudantes e criados que, sob a sua supervisão executavam as demais tarefas inerentes ao dia-a-dia da enfermaria<sup>1112</sup>.

Este regulamento pressupunha a existência de outro funcionário, o contínuo de secretaria, cuja função era comunicar a todos os empregados as ordens relativas ao serviço hospitalar, sendo também da sua incumbência a limpeza e asseio diário da secretaria<sup>1113</sup>.

Num país profundamente influenciado pela Religião Católica e encontrando-se o Hospital Conde de Ferreira sobre a administração da Santa Casa da Misericórdia do Porto,

---

<sup>1110</sup> Idem, *ibidem*, p. 340.

<sup>1111</sup> Idem, *ibidem*, pp. 341-343.

<sup>1112</sup> Idem, *ibidem*, p. 343.

<sup>1113</sup> Idem, *ibidem*, p. 343.

é compreensível a integração de regras que visassem regulamentar o serviço religioso na instituição hospitalar. Embora não fosse consensual entre a comunidade científica da época a existência de vantagens na participação dos alienados no culto religioso, Sena não descuro a componente religiosa no hospital que se erguia. Deste modo estava prevista a existência de um capelão, nomeado pela administração, sob proposta do diretor clínico, que tinha como principal função prestar apoio espiritual aos alienados e empregados da instituição. Este exercia também funções no âmbito da manutenção da capela e dos utensílios a ela afeta. A celebração da liturgia deveria ser realizada todos os domingos, bem como restantes dias santificados, e na data de aniversário do falecimento do Conde de Ferreira a 24 de Março<sup>1114</sup>.

Embora do ponto de vista hierárquico não encontremos nenhuma referência à existência de algum funcionário superior ao capelão, é repetidamente mencionado que a participação dos alienados em quaisquer atividades de carácter religioso devia ser previamente autorizada pelos clínicos<sup>1115</sup>. Esta necessidade é compreensível tendo em conta que seriam frequentes as alterações do pensamento de carácter místico e religioso nos doentes. Tornava-se assim perentória a avaliação do clínico da instituição com vista a não perturbar ainda mais o processo terapêutico instituído para o doente.

É ainda importante mencionar que, apesar de estarmos perante uma instituição de raízes profundamente católicas, o hospital não se recusava a acolher doentes com crenças religiosas distintas, havendo a possibilidade de, aquando da morte do alienado, ser permitida a entrada no hospital de um ministro de outro culto, devendo, no entanto, o diretor clínico assistir ao ato religioso<sup>1116</sup>.

Com estas disposições, António Maria de Sena mostra não só um profundo respeito pelos vetores religiosos que guiavam a Santa Casa da Misericórdia do Porto como uma tolerância religiosa para com outros credos, procurando enquadrar estas realidades no processo de reabilitação dos alienados.

A admissão, saída e alta dos alienados encontrava-se fortemente regulamentada. A admissão dos utentes era apenas considerada definitiva quando era reconhecida por parte do médico a existência de patologia mental, estando o alienado na posse de todos os documentos necessários para efetivar o seu internamento. Esta poderia ser requerida por qualquer particular, mesmo não sendo familiar do alienado, ou ordenada pela justiça

---

<sup>1114</sup> Idem, *ibidem*, pp. 348-349.

<sup>1115</sup> Idem, *ibidem*, pp. 348-349.

<sup>1116</sup> Idem, *ibidem*, p. 349.

na pessoa do governador civil, juiz da comarca ou das autoridades militares<sup>1117</sup>.

A acompanhar o requerimento a solicitar o internamento do alienado, deveria constar no atestado médico o historial do doente bem como os antecedentes familiares existentes. Sena atribui à observação médica um papel fundamental na confirmação da doença mental. Assim, embora fosse importante a recolha de testemunhos sobre as alterações de comportamento dos doentes, estas deveriam ser verificadas pelo médico. Caso tal não sucedesse, o atestado seria considerado nulo. O redator do regulamento parece querer, com esta disposição, acautelar possíveis abusos nas solicitações do internamento de indivíduos que não apresentem patologia mental. Por outro lado, ao solicitar a inclusão de *todos os antecedentes da família*, o clínico atribui grande importância aos fatores genéticos no processo da doença mental, o que vai de encontro às diretrizes suas contemporâneas<sup>1118</sup>.

António Maria de Sena admite ainda a existência de *causas secretas* que os clínicos considerassem importante referir. Neste caso deveria ser enviada uma carta particular, dirigida ao diretor clínico, onde fosse feita referência a tais factos<sup>1119</sup>. Só deste modo ficaria acautelado o sigilo profissional. Esta preocupação mostra que o mesmo não se encontrava alheio ao estigma que a doença mental acarretava no seio da sociedade civil.

De elevada importância era também a colocação dos alienados pelas diferentes classes de pensionistas. Para tal, caso fosse requerido o internamento na 1.<sup>a</sup> ou 2.<sup>a</sup> classe, o fiel da fazenda deveria passar uma certidão onde atestasse o pagamento relativo à primeira quinzena do internamento bem como garantir que o pagamento das despesas subsequentes estivesse assegurado. Caso o doente requeresse internamento para a 3.<sup>a</sup> classe deveria ser anexado também um documento que fizesse provar que o rendimento do alienado não era superior a 360\$000 reis<sup>1120</sup>.

Para que o alienado fosse considerado como indigente era necessário a inclusão de uma certidão de pobreza, passada por autoridades administrativas, policiais ou eclesiásticas, que apenas seria válida se o alienado, ou a pessoa legalmente obrigada a sustentá-lo não pagasse contribuições ao Estado superiores a 2\$000 reis<sup>1121</sup>.

Caso o alienado viesse remetido pelas autoridades judiciais, o mesmo devia fazer-

---

<sup>1117</sup> Idem, *ibidem*, pp. 343-344.

<sup>1118</sup> Idem, *ibidem*, p. 344.

<sup>1119</sup> Idem, *ibidem*, p. 344.

<sup>1120</sup> Idem, *ibidem*, p. 345.

<sup>1121</sup> Idem, *ibidem*, p. 345.



se acompanhar de um documento onde constasse qual o crime de que estava acusado ou pelo qual estava a cumprir pena<sup>1122</sup>.

Não era permitido ao doente transitar para uma classe inferior caso não fosse apresentado documento que atestasse a degradação das condições económicas do alienado<sup>1123</sup>.

A preocupação demonstrada com a rigorosa distribuição dos alienados segundo as diferentes classes deve-se provavelmente à necessidade frequentemente evidenciada de garantir a sustentação económica da instituição. Os pensionistas de 1.<sup>a</sup> e de 2.<sup>a</sup> classe eram responsáveis por uma importante quota-parte das receitas do Hospital Conde de Ferreira, de tal modo que em alguns relatórios é possível observar o condicionamento da entrada de alienados de 3.<sup>a</sup> classe e indigentes ao acolhimento de um maior número de doentes de classes superiores.

No que diz respeito à saída dos alienados, esta poderia ser requerida por particulares, determinada pelo diretor ou por autoridades judiciais<sup>1124</sup>. Assim sendo, a pessoa interessada, tendo pedido previamente a admissão do utente, podia solicitar a saída imediata do alienado através de um requerimento enviado ao diretor da instituição com os documentos que a lei exigia nos casos previstos. Para outros indivíduos particulares requererem a saída dos alienados, deviam fazer-se acompanhar igualmente por atestados de dois médicos que certificavam a cura ou que o alienado poderia ser colocado em liberdade, não representando um perigo para a sociedade<sup>1125</sup>.

No entanto, era ao diretor clínico que cabia a maior responsabilidade na alta do doente, podendo este recusar a saída de qualquer alienado caso considerasse que constituía um perigo para a ordem ou segurança pública. Neste caso, teria mesmo que participar a situação ao Governador Civil do Porto. Todavia, caso este ordenasse sob a sua responsabilidade a saída imediata de qualquer alienado, o diretor poderia ainda recorrer ao Governo Central no sentido de não autorizar a saída do alienado em questão<sup>1126</sup>.

Seria interessante perceber até que ponto a autoridade do diretor clínico era posta em causa pelo Governador Civil. Porém, não dispomos de dados que nos elucidem sobre este assunto que procuraremos desenvolver em estudos posteriores.

---

<sup>1122</sup> Idem, *ibidem*, p. 346.

<sup>1123</sup> Idem, *ibidem*, p. 346.

<sup>1124</sup> Idem, *ibidem*, p. 347.

<sup>1125</sup> Idem, *ibidem*, p. 347.

<sup>1126</sup> Idem, *ibidem*, p. 347.

Estava também prevista a possibilidade de saídas temporárias que tinham como objetivo preparar o doente para a alta definitiva. Nestes casos pressupõe-se a continuidade dos cuidados no domicílio, devendo assim ser feita referência concreta aos mesmos por parte dos técnicos de saúde aos familiares que iriam acolher temporariamente o doente<sup>1127</sup>.

Deve ser também referida a preocupação que Sena mostrou com a situação pós internamento dos alienados pois, caso não houvesse ninguém que os acolhesse após a sua alta, o diretor procuraria integrar o alienado no serviço do hospital ou auxiliá-lo na procura de um emprego que lhe proporcione dignos meios de subsistência. Esta diretiva vai de encontro à procura da diminuição das recidivas que poderiam ocorrer<sup>1128</sup>.

A preocupação com os alienados, que mesmo tendo alta se mantinham nas instalações do hospital, é constante pois a manutenção da sua convivência com outros doentes não era considerada vantajosa no processo terapêutico. Por outro lado, era ainda importante que o seu reingresso na sociedade civil fosse planeado antecipadamente, considerando o estigma de que eram frequentemente alvo. Estes inconvenientes eram sobretudo visíveis na população do sexo feminino<sup>1129</sup>.

No que dizia respeito às instalações do hospital, Sena considerava que cada enfermaria devia ter condições para funcionar de modo independente. Desta forma, existiam recursos humanos afetos a cada uma destas unidades, cujo chefe de serviço era o enfermeiro e respondia por todos os seus subalternos ao fiscal clínico. Cada enfermaria contaria, então, com dormitório comum ou quartos isolados, sala de recreio, refeitório, casa para utensílios e jardim ou parque anexo. Nas enfermarias de convalescentes e tranquilos existiriam oficinas onde os doentes deviam trabalhar<sup>1130</sup>. Mais uma vez, não encontramos nenhuma referência aos benefícios que o trabalho estruturado poderia operar na cura dos doentes. Por outro lado, a exclusão de outros doentes convalescentes e tranquilos da obrigatoriedade do trabalho parece não conferir reconhecimento às propriedades terapêuticas do trabalho estruturado.

A rotina diária das enfermarias encontra-se também minuciosamente estabelecida no primeiro regulamento da instituição. Após o acordar dos doentes, que era da responsabilidade do chefe de serviço, devia proceder-se à higienização dos espaços, bem

---

<sup>1127</sup> Idem, *ibidem*, p. 347.

<sup>1128</sup> Idem, *ibidem*, p. 347.

<sup>1129</sup> Santa Casa da Misericórdia do Porto, *Relatório dos Actos da Mesa da Santa Casa da Misericórdia do Porto*, Porto, Typographia de António José da Silva Teixeira, 1885, p. 99.

<sup>1130</sup> António Maria de Sena, *Os Alienados em Portugal*, *Op. cit.*, p. 349.

como dos alienados. Note-se que, neste domínio, era incentivada a independência dos doentes no que diz respeito aos seus cuidados de higiene, bem como a interajuda entre os indivíduos. De referir que a limpeza dos doentes consistia em *habituá-los a lavar-se, pentear-se, escovar o fato* e apenas os doentes que previamente tinham sido inscritos nos banhos tinham acesso a tais cuidados<sup>1131</sup>.

Após a primeira refeição os alienados podiam passear pelos corredores, jardins ou parques da sua enfermaria, devendo recolher aos seus quartos aquando da visita do clínico durante a manhã. Após esta, os doentes que desempenhavam qualquer tipo de atividade nas oficinas do hospital deveriam dirigir-se para os respetivos locais de trabalho<sup>1132</sup>.

Também após a segunda refeição, os doentes teriam direito a hora e meia de recreio nos jardins ou salas disponíveis. Posteriormente os alienados que estivessem em algum tipo de labor deveriam novamente dirigir-se ao seu local de trabalho<sup>1133</sup>.

O incentivo ao autocuidado é frequentemente valorizado, no entanto, parece não ser fácil atingir essa tão almejada meta na medida em que, quando acontecesse, Sena considerava que o chefe de serviço deveria ser tomado em conta pela direção clínica<sup>1134</sup>.

Mais uma vez é feita referência à proibição do uso de meios violentos para com os doentes, quer para que estes cumpram as suas obrigações quer como forma de retaliação por alguma falta por eles cometida, mesmo que tal tenha incluído ofensas verbais e/ou físicas para com os empregados. Era-lhes apenas permitido *segurar ou fazer segurar o doente* não podendo usar meios como o colete ou camisa-de-forças sem autorização de um clínico. O não cumprimento desta disposição tinha como consequência o despedimento do funcionário<sup>1135</sup>.

Como é possível verificar, Sena não coloca totalmente de parte o uso de meios de contenção como inicialmente podemos ser levados a crer quando crítica de forma feroz o uso de meios coercivos no controle dos excessos de fúria e excitação dos doentes. O que o clínico vinca é a necessidade de tais meios serem usados com cautela e moderação devendo sempre ser mediados por um médico.

As enfermarias de furiosos eram sujeitas a condições particulares, o que se compreende devido à especificidade da população a elas afeta. Assim sendo, nos quartos destas enfermarias não deveriam existir quaisquer objetos que pudessem servir de arma

---

<sup>1131</sup> Idem, *ibidem*, p. 351.

<sup>1132</sup> Idem, *ibidem*, p. 351.

<sup>1133</sup> Idem, *ibidem*, p. 352.

<sup>1134</sup> Idem, *ibidem*, p. 352.

<sup>1135</sup> Idem, *ibidem*, pp. 352-352.

de arremesso para com os empregados, podendo, em casos extremos, nem sequer existir uma cama, apenas uma *enxerga no pavimento*<sup>1136</sup>.

Nas enfermarias de imundos, o chefe de serviço deveria ter especial atenção à salubridade, quer dos alienados quer das próprias enfermarias, procurando incutir nos doentes hábitos de higiene adequados. Estes quartos eram tidos como especiais, embora não seja feita referência ao que os distingue dos demais<sup>1137</sup>.

Diga-se ainda que o tratamento dado aos pensionistas de 1.<sup>a</sup> e 2.<sup>a</sup> classe devia ser regido por preceitos diferentes pois não se encontravam obrigados a cumprir todos as disposições presentes no regulamento, devendo a atitude do chefe de serviço ser semelhante à de *um criado que os serve, auxiliando por sua parte a consolidar a consciência da sua posição social*<sup>1138</sup>.

Na disposição anterior percebem-se alguns dos esforços que se procuravam realizar com o objetivo de atrair um maior número de alienados de 1.<sup>a</sup> e 2.<sup>a</sup> classe tendo em vista o equilíbrio do orçamento hospitalar. Numa época em que socialmente estes estabelecimentos não eram de todo creditados pela população em geral tornava-se indispensável a instituição de diferentes regras e condições para o acolhimento destes alienados.

O chefe de serviço desempenhava assim um importante papel na dinâmica quotidiana das enfermarias pois a ele cabia toda a organização dos empregados seus subalternos, constituindo-se também como elo de ligação com os clínicos aquando das suas visitas diárias às enfermarias.

O serviço da casa mortuária encontrava-se regulado, sendo visível uma grande preocupação com a denominada *morte aparente* dos doentes. Para tal, observam-se uma série de procedimentos a cumprir pelo funcionário afeto a esta unidade que permitiriam despistar casos em que os alienados não se encontrassem efetivamente sem vida como a colocação de *aparelhos que comunicam qualquer movimento*, sendo também obrigatório que o individuo não abandonasse o cadáver pelo menos durante 24 horas. Caso suspeitasse de algum indício de morte aparente, deveria imediatamente comunicar tal facto ao fiscal de serviço clínico, sem, no entanto, deixar desamparado o respetivo corpo<sup>1139</sup>.

---

<sup>1136</sup> Idem, *ibidem*, p. 353.

<sup>1137</sup> Idem, *ibidem*, p. 354.

<sup>1138</sup> Idem, *ibidem*, p. 354.

<sup>1139</sup> Idem, *ibidem*, p. 356.

A estrutura orgânica da casa mortuária, que era constituída por um depósito de cadáveres, um pavilhão anatómico e um gabinete anexo, vai ao encontro de um paradigma de investigação na saúde mental, já evidenciado por outras disposições regulamentares bem como pelos discursos de António Maria de Sena. Considerava-se que as autópsias aos alienados, paralelamente ao estudo das suas peças anatómicas, poderiam trazer novos conhecimentos às Ciências Psiquiátricas, colocando o Hospital Conde de Ferreira na vanguarda da investigação no âmbito da patologia mental<sup>1140</sup>.

Sena pretendia instituir um sistema de gratificações ordinárias e extraordinárias aos funcionários do hospital que previa um aumento periódico, à razão de 5% do salário base após 5 anos de bom serviço. Já as gratificações extraordinárias eram concedidas pela Mesa ou pelo diretor clínico, existindo no último caso um fundo denominado de caixa económica para o qual contribuíam as multas lançadas aos funcionários, as contribuições dos pensionistas para este efeito, parte dos rendimentos dos banhos a pessoas externas, 1% do vencimento dos funcionários, donativos oferecidos para este propósito e 0,5% do trabalho dos alienados nas oficinas<sup>1141</sup>.

É de referir que, caso um empregado solicitasse a saída do estabelecimento e não tivesse obtido nota de mau serviço, poderia requerer que lhe fossem entregues as somas que haviam descontado para o fundo da caixa económica. Caso a sua avaliação tivesse sido negativa, todos os descontos seriam considerados como multa e manter-se-iam no respetivo fundo<sup>1142</sup>.

Este plano de gratificações faz-nos crer, por um lado, na existência de uma avaliação contínua dos funcionários, cujos bons resultados eram imprescindíveis para a aquisição de tais benefícios e, por outro, no poder que o diretor clínico exercia na instituição, pois a ele se devia a avaliação dos ditos funcionários, podendo ainda, se assim o entendesse, gratificar extraordinariamente um empregado<sup>1143</sup>.

O regulamento contemplava ainda a existência de penas quando as disposições regulamentares não fossem cumpridas pelos empregados, podendo ir de uma repreensão ou aviso a multas, perda de vencimentos, suspensão ou demissão<sup>1144</sup>.

As multas eram aplicadas aos empregados de serviço permanente nas enfermarias com a exceção do fiscal e dos empregados da direção económica. Também as suspensões

---

<sup>1140</sup> Idem, *ibidem*, p. 356.

<sup>1141</sup> Idem, *ibidem*, pp. 362-363.

<sup>1142</sup> Idem, *ibidem*, p. 363.

<sup>1143</sup> Idem, *ibidem*, p. 363.

<sup>1144</sup> Idem, *ibidem*, p. 364.

ou repreensões parecem aplicar-se apenas aos subordinados do diretor clínico<sup>1145</sup>.

As multas aplicadas aos funcionários, que eram propostas pelo fiscal e posteriormente avaliadas pelo diretor, poderiam ir de meio-dia de trabalho a quatro dias de trabalho. Fortemente penalizadas eram também as faltas consideradas injustificadas que, aliada à perda do respetivo vencimento, poderiam sofrer sanções acessórias<sup>1146</sup>.

A suspensão temporária de um empregado incluía a perda de renumeração associada, no entanto, caso se viesse a provar a sua inocência, tal importância seria restituída<sup>1147</sup>.

Ao diretor clínico competia também demitir os empregados cuja nomeação tivesse sido da sua responsabilidade e poderia propor a demissão de outros funcionários à administração, fundamentando num relatório os motivos pelos quais propunha esta sanção, a mais grave prevista neste regulamento<sup>1148</sup>.

A alimentação dos alienados estava dependente de duas variáveis: a classe a que os doentes pertenciam bem como as possíveis especificidades clínicas<sup>1149</sup>. António Maria de Sena cria deste modo dois regimes alimentares gerais, um para os alienados de 1.<sup>a</sup> e 2.<sup>a</sup> classe e outro para os indigentes e pensionistas de 3.<sup>a</sup> classe. Os regimes alimentares deveriam ser periodicamente alterados, sendo de esperar a procura de uma elevada diversidade na alimentação dos doentes sem, no entanto, descuidar a componente económica, uma vez que as alterações às tabelas das dietas deveriam respeitar um montante pecuniário equivalente<sup>1150</sup>.

Cabia aos clínicos a prescrição de dietas especiais para os utentes, de acordo com a sua situação clínica, não sendo aqui observada uma perspetiva diferenciada do ponto de vista da classe dos alienados<sup>1151</sup>.

Aos funcionários da instituição era também fornecida a alimentação. Aos empregados superiores (médicos, secretário, farmacêutico e capelão) era oferecida uma dieta correspondente ao regime alimentar de 1.<sup>a</sup> e 2.<sup>a</sup> classe enquanto aos restantes era distribuída alimentação que correspondia à dieta comum dos pensionistas de 3.<sup>a</sup> classe e indigentes. É, no entanto, concedida aos médicos internos a possibilidade de substituírem

---

<sup>1145</sup> Idem, *ibidem*, p. 365.

<sup>1146</sup> Idem, *ibidem*, p. 365.

<sup>1147</sup> Idem, *ibidem*, p. 365.

<sup>1148</sup> Idem, *ibidem*, p. 365.

<sup>1149</sup> Idem, *ibidem*, p. 365.

<sup>1150</sup> Idem, *ibidem*, p. 366.

<sup>1151</sup> Idem, *ibidem*, p. 366.

a sua ração por géneros equivalentes em cru<sup>1152</sup>.

Os doentes que se encontrassem a trabalhar nos campos, oficinas e serviço do hospital tinham ainda direito a dois decilitros de vinho ao jantar caso o clínico não considerasse existir nenhum impedimento para tal. Já os empregados que lidavam diariamente com os alienados tinham direito a três decilitros de vinho por dia<sup>1153</sup>.

Atente-se ainda na possibilidade contemplada no regulamento de se encetar uma alimentação forçada do alienado, que deveria ser sempre feita pelo médico adjunto ou pelo próprio diretor clínico<sup>1154</sup>.

Ao serviço de banhos encontrava-se afeto um funcionário, que era também chefe de uma das enfermarias, responsável pela administração de banhos higiénicos e terapêuticos aos doentes, segundo o boletim de banhos a administrar aos doentes. Referencia-se também a possibilidade de administração de banhos a pessoas externas ao hospital perante o pagamento de uma determinada quantia<sup>1155</sup>.

Em 1891, ainda com o regulamento definitivo por aprovar, são já propostas algumas alterações fruto de um aumento da população hospitalar bem como do número de alienados em listas de espera para serem internados no Hospital Conde de Ferreira<sup>1156</sup>.

Considerando o regulamento definitivo aprovado no final do ano de 1891, no que se refere às fontes de financiamento do hospital, encontramos já referenciado o produto do trabalho realizado nas diversas oficinas do hospital, o que nos leva a inferir uma cada vez maior importância destes rendimentos que nos parecem no entanto, ainda residuais. É também discriminado o legado de António de Souza Lobo, que perfazia a quantia de 16 contos de réis<sup>1157</sup>.

A direção económica do hospital encontra no regulamento definitivo um esclarecimento relativamente à sua composição. Assim sendo, devia ser formada por um presidente e dois ou mais adjuntos que teriam como denominador comum a pertença à Mesa da Santa Casa da Misericórdia do Porto e as suas obrigações passavam a incluir uma visita semanal ao hospital, elaboração mensal de balanços económicos, transmissão mensal de informações sobre o estado da instituição à Mesa bem como rever e atualizar,

---

<sup>1152</sup> Idem, *ibidem*, p. 366.

<sup>1153</sup> Idem, *ibidem*, p. 366.

<sup>1154</sup> Idem, *ibidem*, p. 367.

<sup>1155</sup> Idem, *ibidem*, p. 367.

<sup>1156</sup> Santa Casa da Misericórdia do Porto, *Relatório dos Actos da Mesa da Santa Casa da Misericórdia do Porto*, Porto, Imprensa Real, 1891.

<sup>1157</sup> Santa Casa da Misericórdia do Porto, *Regulamento Geral do Hospital de Alienados do Conde de Ferreira*, Porto, Imprensa Real, 1891, p. 8.

no início de cada mandato, o inventário geral do hospital<sup>1158</sup>.

Às competências do diretor clínico acrescia o dever de inspecionar os géneros alimentares que davam entrada no hospital<sup>1159</sup>. Tendo em conta que uma instituição com uma população tão elevada consumia uma quantidade considerável de alimentos, bem como o facto de o diretor clínico ter já sobre si um conjunto alargado de responsabilidades e obrigações, não nos parece que esta disposição fosse cumprida na íntegra como mais tarde poderemos verificar com a aprovação do regulamento especial da despensa e cozinha onde esta tarefa passa a ser levada a cabo pelo despenseiro. Encontramos assim uma rotura com o modelo preconizado por Pinel que assumia como indispensável a centralização na figura do diretor clínico de uma panóplia de deveres. A nossa experiência diz-nos que, num hospital de alienados com uma elevada população como acontecia no HCF, este modelo não encerrava em si vantagens quer ao nível administrativo e, consequentemente, a nível assistencial.

Refira-se ainda que o lugar de diretor clínico é considerado incompatível com o desempenho de outras funções que ocorram fora da cidade do Porto ou quando a Mesa entender que tal cargo condiciona o desempenho das funções supra citadas<sup>1160</sup>. Para a inclusão desta disposição poderão ter contribuído os longos períodos de tempo em que António Maria de Sena permanecia na cidade de Lisboa no Parlamento Nacional. Embora estivesse contemplada a possibilidade da sua substituição pelo médico adjunto, à data o Dr. Júlio de Matos, esta situação pode não ter agradado na sua generalidade à Mesa da Santa Casa da Misericórdia do Porto.

É concedida ao diretor clínico autorização para realizar conferências públicas de Psiquiatria nas instalações do hospital, durante quatro meses do inverno em cada ano<sup>1161</sup>. Como já foi referido anteriormente, numa época em que o ensino da Psiquiatria não se encontrava oficializado, estas conferências, que efetivamente se chegaram a realizar pelo Dr. Júlio de Matos, constituíam uma das poucas formas de transmissão do saber especializado.

Neste novo regulamento encontramos também a necessidade da criação de uma escala entre o diretor clínico, o médico adjunto e o médico residente que devia providenciar a permanência de pelo menos um dos técnicos supracitados nas instalações

---

<sup>1158</sup> Idem, *ibidem*, pp.11-12.

<sup>1159</sup> Idem, *ibidem*, p. 16.

<sup>1160</sup> Idem, *ibidem*, p 25.

<sup>1161</sup> Idem, *ibidem*, p. 26.



do hospital ou em dependências a ele telefonicamente ligadas<sup>1162</sup>. Este facto vai de novo ao encontro da falência do modelo preconizado por Pinel, na medida em que se assume na prática da gestão quotidiana hospitalar a incapacidade de um só indivíduo permanecer continuamente nas instalações do hospital. Tal inviabilizava a concentração de poderes preconizada pelo alienista francês.

As funções do capelão, que no novo regulamento passa a dispor do auxílio de um sacristão, sofrem uma pequena alteração pois, aliados aos atos do culto religioso, cabia-lhe também, nas suas horas livres, a obrigatoriedade de desempenhar tarefas de auxílio nos trabalhos da secretaria, dar aulas de instrução primária aos alienados ou realizar tertúlias de leitura para os doentes, sendo que era o diretor clínico quem detinha o poder de escolher qual destas tarefas o capelão devia desempenhar<sup>1163</sup>.

Os tempos de descanso foram também alvo de maior regulamentação, sendo da competência do diretor clínico deferir um dia de folga, quinzenalmente, aos funcionários, independentemente de quaisquer licenças extraordinárias concedidas<sup>1164</sup>.

Os empregados encontravam-se expressamente proibidos de receber qualquer tipo de gratificações, quer por parte dos alienados, quer dos seus familiares ou visitas. Caso estes demonstrassem vontade de bonificar os funcionários, a quantia em questão seria entregue ao fiscal do serviço clínico e reverteria a favor da caixa económica dos empregados<sup>1165</sup>.

No regulamento definitivo encontramos já definida a capacidade máxima de alienados que o hospital poderia receber, calculada em 420 doentes, sendo que, atingido esse número, era concedida prioridade aos doentes agitados, doentes curáveis e pertencentes ao distrito do Porto<sup>1166</sup>.

O problema da sobrelotação de doentes vai ser uma constante ao longo do período em análise e são frequentes as alusões a esta situação por parte de todos os atores envolvidos, na medida em que os dilemas que tal situação acarreta são muitos e de variada ordem.

No que se refere os montantes pecuniários a que os pensionistas estavam obrigados a pagar, não encontramos grandes alterações, excetuando um acréscimo mensal de 800 réis para os pensionistas de 1.<sup>a</sup> e 2.<sup>a</sup> classe, que eram canalizados para a lavagem

---

<sup>1162</sup> Idem, *ibidem*, p. 28.

<sup>1163</sup> Idem, *ibidem*, p. 35.

<sup>1164</sup> Idem, *ibidem*, p. 36.

<sup>1165</sup> Idem, *ibidem*, p. 36.

<sup>1166</sup> Idem, *ibidem*, p. 38.

e concerto da sua roupa. Note-se que os alienados destas classes não tinham aparentemente direito a roupa fornecida pelo hospital pois é mencionada a necessidade de se fazerem acompanhar por um enxoval que seria renovado pelo responsável pelo pensionista à medida que as peças de roupa se fossem irremediavelmente deteriorando<sup>1167</sup>.

É também contemplada a necessidade dos alienados de classe mais elevada disporem de um fiador da cidade do Porto, o que revela a dificuldade que o hospital deveria sentir em cobrar algumas das mensalidades a que os pensionistas estavam obrigados<sup>1168</sup>.

Relativamente à classificação e distribuição dos doentes pelas diversas enfermarias, deixam de existir enfermarias de moléstias intercorrentes e encontramos as enfermarias de isolamento, mantendo-se todas as outras condições na distribuição dos doentes<sup>1169</sup>.

As rotinas instituídas parecem não sofrer também qualquer alteração, no entanto é admitida a possibilidade da realização de denúncias criminais quando os funcionários não respeitavam a proibição do uso de meios de repressão violentos no contacto com os alienados<sup>1170</sup>. Esta disposição faz vincar ainda mais o distanciamento que o Hospital Conde de Ferreira pretendia efetuar para com o uso de meios de repressão que poderiam estar em vigor noutras instituições, nomeadamente o Hospital de Rilhafoles.

Surge neste regulamento um novo livro de registos, denominado de diário terapêutico, que deveria existir em cada enfermaria, onde o médico estava incumbido de lançar todas as prescrições relativas a cada doente nomeadamente os medicamentos e banhos a administrar<sup>1171</sup>.

No que se refere às ocupações dos doentes nas diferentes oficinas e trabalho agrícola, verificamos que tal só devia acontecer caso tal atividade se mostrasse útil para o tratamento dos doentes e surge ainda a possibilidade de uma gratificação pecuniária que seria guardada nos cofres da administração, revertendo a favor do hospital caso o doente acabasse por falecer naquelas instalações<sup>1172</sup>.

As condições em que os alienados poderiam ter alta e sair do hospital permanecem

---

<sup>1167</sup> Idem, *ibidem*, p. 39.

<sup>1168</sup> Idem, *ibidem*, p. 39.

<sup>1169</sup> Idem, *ibidem*, pp. 47-48.

<sup>1170</sup> Idem, *ibidem*, p. 51.

<sup>1171</sup> Idem, *ibidem*, p. 55.

<sup>1172</sup> Idem, *ibidem*, p. 57.

inalteradas, no entanto, com o intuito de auxiliar os alienados indigentes no início de uma nova vida, é criado um fundo de beneficência para o qual contribuía rendimentos dos banhos administrados a pessoas externas, quantias fornecidas pelos visitantes para esse fim, as gratificações pertencentes aos alienados, que revertiam a favor da instituição caso se desse o seu falecimento, bem como uma verba anual atribuída pelo hospital e inscrita no orçamento geral. Para incentivar os visitantes a contribuir para esta causa seria colocada na sala de entrada uma caixa para recolher os donativos que os visitantes quisessem atribuir<sup>1173</sup>. A criação deste fundo de beneficência procuraria, em última análise, reduzir o número de reinternamentos na medida em que uma vida desregrada contribuía em muito para as recaídas dos utentes.

O sistema de gratificações e de penas associado aos funcionários mantém-se mas verificamos uma maior clarificação dos comportamentos que podiam resultar na sua demissão, nomeadamente qualquer roubo efetuado no interior das instalações do hospital, maus tratos aos doentes, desobediência aos superiores, embriaguez frequente, faltas injustificadas por oito ou mais dias, entre outros<sup>1174</sup>. Note-se que o vínculo que ligava os empregados inferiores à instituição era bastante precário pois os mesmos poderiam ser despedidos quando tal fosse conveniente para o serviço<sup>1175</sup>.

É ainda importante referir que as licenças concedidas por motivo de doença não sofriam qualquer alteração no vencimento nos primeiros três meses, findo os quais se procedia à redução de um terço do ordenado excetuando as situações em que a Mesa deliberasse o contrário<sup>1176</sup>.

Com o regulamento definitivo surge a possibilidade de socorrer doentes indigentes, que não encontrem vaga no hospital, através do serviço de consulta externa, que era assegurado por um dos médicos internos. Nestes casos, após provada a limitação monetária, os alienados tinham direito a receber gratuitamente banhos, medicamentos e outras indicações terapêuticas que concorressem para o seu tratamento<sup>1177</sup>.

Anexo a este regulamento encontramos discriminados vencimentos dos vários profissionais do hospital, assim como indicações muito precisas relativamente às dietas instituídas, bem como às instruções pelas quais se devia nortear o cozinheiro na confeção

---

<sup>1173</sup> Idem, *ibidem*, pp. 64-65.

<sup>1174</sup> Idem, *ibidem*, pp. 76-79.

<sup>1175</sup> Idem, *ibidem*, p. 78.

<sup>1176</sup> Idem, *ibidem*, p. 79.

<sup>1177</sup> Idem, *ibidem*, p. 81.

das respectivas dietas<sup>1178</sup>.

Ao longo desta breve análise foi possível identificarmos algumas as alterações que figuraram no regulamento aprovado em 1891 cuja justificação se prendeu sobretudo com a experiência adquirida nos primeiros anos de funcionamento do hospital, permitindo colmatar algumas necessidades encontradas quer a nível da gestão da instituição quer no plano assistencial dos doentes. Todavia, as lacunas identificadas no funcionamento de algumas dependências, como a cozinha e a rouparia, vão justificar a criação dos regulamentos especiais que analisaremos de seguida.

---

<sup>1178</sup> Idem, *ibidem*, pp. 83-89.

#### 4.3 – Os regulamentos especiais da despensa, cozinha e da rouparia

*Afim de harmonizar os serviços da despensa fica este regulamento especial estabelecido*<sup>1179</sup>.

A incapacidade em se proverem soluções para os problemas que afetavam os serviços da despensa, cozinha e rouparia terão estado na origem destes regulamentos especiais. Tal facto faz notar, por um lado, a importância destas dependências no seio da instituição e, por outro, o funcionamento deficitário das mesmas que deveria ser mais eficiente. Neste sentido, é aprovado a 14 de Maio de 1895 o regulamento especial da despensa e cozinha cujo objetivo principal residia na harmonização os serviços da despensa e da cozinha.

É reafirmada a cadeia hierárquica destes serviços onde o despenseiro surge como figura responsável por toda a dinâmica das estruturas da despensa e da cozinha. Deste modo, do ponto de vista hierárquico, tem sob a sua égide o chefe da cozinha e seus ajudantes bem como os criados da cozinha e de compras e outros funcionários, permanentes ou temporários, afetos a estas secções. Sendo subordinado da direção económica, a esta devia prestar contas de quaisquer desvios ou desperdícios, irregularidades ou casos de indisciplina detetados. No entanto, as inspeções que o despenseiro estava incumbido de realizar deviam ser pautadas pela cordialidade, procurando deste modo evitar possíveis conflitos<sup>1180</sup>.

Neste regulamento assistimos a uma operacionalização da burocracia que envolvia todo o processo respeitante à alimentação, desde a requisição dos alimentos ao seu armazenamento e confeção das refeições. A requisição dos géneros alimentares, que deveria ter sempre em conta o mapa de dietas, poderia ser efetuada diretamente à direção económica, aos fornecedores ou estabelecimentos previamente contratualizados, ou ainda ao quinteiro, de acordo com os géneros alimentares em questão<sup>1181</sup>.

Era da sua responsabilidade a receção e consequente verificação da quantidade e qualidade dos géneros recebidos. Caso os bens alimentares não correspondessem ao solicitado, competia-lhe a sua substituição que, caso não fosse possível efetuar, carecia da indicação da direção clínica no sentido de autorizar as respetivas alterações a efetuar

<sup>1179</sup> Santa Casa da Misericórdia do Porto, *Regulamento especial da despensa e cozinha do Hospital de Alienados do Conde de Ferreira*, Porto, Oficina Typographica do Hospital de Alienados do Conde de Ferreira, 1895, p. 5.

<sup>1180</sup> Idem, *ibidem*, pp. 5-6.

<sup>1181</sup> Idem, *ibidem*, pp. 6-7.

nas dietas. Após a verificação dos produtos recebidos, eram emitidos os respectivos recibos e efetuados os lançamentos devidos no diário da despensa, onde deveria constar qualquer alteração efetuada<sup>1182</sup>.

Era igualmente da sua responsabilidade o correto armazenamento dos espécimes recebidos e o seu fornecimento ao cozinheiro deveria ocorrer na presença do fiscal do serviço clínico e de acordo com o mapa de dietas para o dia seguinte. No caso de bens alimentares já armazenados na despensa, a entrega ocorreria na tarde do dia anterior, caso fossem alimentos que fossem rececionados no próprio dia, seriam entregues à medida que os fornecedores efetuassem as respetivas entregas, devendo posteriormente o cozinheiro passar recibo no mapa das dietas<sup>1183</sup>.

A entrega de bens alimentares aos empregados, as denominadas rações, eram também da responsabilidade do despenseiro, sendo entregues mensal e diariamente, devendo tal movimento ser registado em mapa próprio, tendo sempre em conta o mapa das dietas dos alienados<sup>1184</sup>.

O diário da despensa constituía-se deste modo como um valioso instrumento onde todas as entradas e saídas de bens alimentares eram registadas e poderia ser alvo de inspeção e fiscalização.

Assim, de um modo geral, e tendo em conta que o despenseiro se constituía como o elemento que hierarquicamente detinha mais poderes nesta repartição, a ele cabia a deteção de quaisquer irregularidades e a sua respetiva denúncia, sendo responsabilizado caso não o fizesse<sup>1185</sup>.

Ao despenseiro incumbia ainda inspecionar a cultura da quinta e a criação de animais no sentido de potencializar estes domínios para um fornecimento que se queria cada vez maior de víveres para a despensa<sup>1186</sup>.

Ao longo dos anos vão ser muitos os investimentos efetuados neste domínio o que demonstra a importância atribuída à quinta e suas estruturas anexas, quer do ponto de vista económico (na medida em que forneciam grande quantidade de alimentos para o hospital), quer ergoterápico, pois a agricultura constituía-se como a atividade onde maior número de doentes encontravam ocupação.

No que diz respeito ao serviço da cozinha, o cozinheiro era a autoridade máxima,

---

<sup>1182</sup> Idem, *ibidem*, pp. 7-8.

<sup>1183</sup> Idem, *ibidem*, pp. 8-9.

<sup>1184</sup> Idem, *ibidem*, p. 10.

<sup>1185</sup> Idem, *ibidem*, p. 11.

<sup>1186</sup> Idem, *ibidem*, p. 11.

a quem os ajudantes e criados da cozinha deviam obediência<sup>1187</sup>.

Para além de receber e acondicionar os géneros alimentares de modo adequado na cozinha, competia-lhe a confeção das refeições, devendo obedecer a uma série de preceitos que, no seu conjunto, procuravam garantir o cumprimento das tabelas em vigor, a confeção digna das refeições, bem como um profundo combate ao desperdício alimentar. Deste modo, caso sobrassem géneros ou condimentos, deveriam ser novamente entregues ao despenseiro. Se, por outro lado, sobrassem géneros já confeccionados, ou viessem intactos das enfermarias, deveriam ser entregues aos empregados que tivessem direito a reforço da alimentação devido ao trabalho mais exigente que desempenhavam<sup>1188</sup>.

Para garantir uma distribuição correta das quantidades, era de vital importância a tabela de cozinha pela qual o cozinheiro regulava a preparação das dietas e rações, bem como a sua repartição pelas diferentes enfermarias. Da sua competência fazia também parte a necessidade de formar e instruir os seus subordinados no sentido de os habilitar ao desempenho adequado das suas tarefas. Naturalmente, a limpeza e manutenção dos espaços da cozinha, bem como dos utensílios utilizados na confeção das refeições estava a seu cargo<sup>1189</sup>. Note-se também que o funcionamento das caldeiras de aquecimento para banhos se encontravam sob a responsabilidade do cozinheiro<sup>1190</sup>. Neste âmbito, questionamo-nos se este seria o indivíduo mais qualificado para desempenhar esta tarefa, tendo em conta a existência de um funcionário cujas atribuições diziam respeito a serviços técnicos, nomeadamente o maquinista. Por outro lado, podemos questionarmo-nos se não estamos perante uma preponderância dos serviços de abastecimento na gestão do hospital.

Ao longo deste regulamento especial, tomamos conta da especificidade dos serviços de alimentação no Hospital Conde de Ferreira, fenómeno que justificou a criação do documento analisado. Não podemos esquecer que as despesas com a alimentação dos alienados representavam uma importante soma no orçamento da instituição, o que fundamenta as diversas disposições que procuram combater o desperdício dos alimentos, pese embora se procure manter a qualidade dos alimentos e das refeições.

Também o serviço de rouparia mereceu particular atenção superveniente, transparecida em regulamento similar. Este contemplava a existência de três secções

---

<sup>1187</sup> Idem, *ibidem*, p. 12.

<sup>1188</sup> Idem, *ibidem*, pp. 12-13.

<sup>1189</sup> Idem, *ibidem*, pp. 13-15.

<sup>1190</sup> Idem, *ibidem*, pp. 13-16.

distintas, que se complementavam e articulavam entre si, denominadas de expediente, manufatura e concertos.

Na secção de expediente procedia-se, de modo global, ao armazenamento de todos os têxteis hospitalares bem como da matéria-prima e utensílios necessários para o funcionamento das outras secções. Era também nesta repartição que se procedia à receção da roupa procedente das lavandarias, sendo de igual modo responsável por uma triagem da qualidade da roupa. Paralelamente esta era distribuída pelas enfermarias e serviços hospitalares mediante um complexo sistema de guias de entrega que aparentemente procurava evitar o desaparecimento de qualquer peça de vestuário<sup>1191</sup>.

Na secção de manufatura procedia-se à confeção de novas roupas devendo a sua atividade ser registada semanalmente e em duplicado em livro próprio. No auxílio do trabalho desta repartição contribuía a oficina de costura do hospital, dirigida por uma costureira auxiliar e onde as doentes tranquilas e convalescentes poderiam também trabalhar<sup>1192</sup>. Mais uma vez, não encontramos nesta disposição nenhuma menção a uma possível componente terapêutica da realização deste tipo de tarefas, reduzindo estes trabalhos de costura a uma expressão unicamente laboral. Refira-se também que esta oficina parece depender de modo umbilical à secção de manufatura da rouparia pois é esta que lhe concede a matéria-prima para a confeção das roupas e é à mesma dependência que devem ser entregues depois de prontas.

A secção a que se optou por denominar de concertos era não só responsável pelo arranjo das roupas dos doentes (inclusive dos pensionistas), como devia ainda brunir a roupa dos pensionistas. Note-se que o trabalho de brunir e de costura à máquina devia ser realizado por turnos distribuídos de forma equitativa às costureiras de cada secção<sup>1193</sup>.

Do ponto de vista dos recursos humanos alocados e da sua organização hierárquica, destaca-se a figura da roupeira, a quem as duas ajudantes (uma responsável pela secção de manufatura e outra pela de concertos) e as restantes costureiras deviam prestar obediência. Para além de funções de gestão dos recursos humanos das diversas secções da rouparia, à roupeira competia realizar todo o serviço de escrituração desta repartição, fazendo também assinar o livro de ponto pelas restantes funcionárias. A auxiliá-la nestas tarefas encontravam-se duas costureiras<sup>1194</sup>.

---

<sup>1191</sup> Santa Casa da Misericórdia do Porto, *Regulamento especial da rouparia*, Porto, Officina Typographica do Hospital de Alienados do Conde de Ferreira, 1895, p. 5-6.

<sup>1192</sup> Idem, *ibidem*, pp. 6-7.

<sup>1193</sup> Idem, *ibidem*, pp. 7-8.

<sup>1194</sup> Idem, *ibidem*, pp. 8-11.



À secção de manufatura e de concertos estavam afetas, a cada uma delas, uma ajudante e quatro costureiras que se encontravam subordinadas à ajudante da sua secção e, consequentemente, à roupeira<sup>1195</sup>.

No sentido de estabelecer um controlo mais rigoroso dos movimentos de material nesta repartição, preconizava-se a existência de um livro destinado ao registo de entradas e aplicação de todos os têxteis, bem como outro livro onde se registavam todos os movimentos das roupas do depósito<sup>1196</sup>.

Também o tempo de trabalho que as costureiras auxiliares despendiam no desempenho das suas tarefas, nomeadamente no serviço de brunir, era registado em livro próprio possibilitando deste modo que, semanalmente, fosse emitida a folha salarial. Esta disposição surge na medida em que as costureiras eram tidas como externas ao hospital e o seu salário era diário (200 reis) ao qual acrescia razão de 3.<sup>a</sup> classe e um acréscimo de 60 reis caso tivessem sido afetas ao serviço de brunir<sup>1197</sup>.

Nos meses de Abril a Setembro o horário da rouparia era compreendido entre as 8 e 18h enquanto, nos restantes meses do ano o serviço terminava às 17h<sup>1198</sup>.

Note-se ainda a referência feita neste regulamento à possibilidade da existência de penas, já previstas no regulamento geral, aquando do desrespeito por qualquer superior hierárquico ou de atos que *importem quebra de decência ou decoro entre empregados*<sup>1199</sup>.

As disposições contidas neste regulamento especial contribuía assim para cobrir eventuais lacunas identificadas no regulamento geral, conferindo também um papel de relevância deste serviço anexo no funcionamento do hospital. Notamos também que, em comum, estes dois documentos mostravam uma importante preocupação no que concerne a uma fiscalização mais rigorosa e documentada do trânsito e de bens afetos a estes serviços. Indagamo-nos se não terão existido algumas fraudes ou irregularidades que justificassem a elaboração destes regulamentos especiais.

---

<sup>1195</sup> Idem, *ibidem*, pp. 9-10.

<sup>1196</sup> Idem, *ibidem*, pp 10-11.

<sup>1197</sup> Idem, *ibidem*, p. 11.

<sup>1198</sup> Idem, *ibidem*, p. 12.

<sup>1199</sup> Idem, *ibidem*, pp. 12-13.

#### 4.4 – O cumprimento das disposições regulamentares

*Ha no entanto disposições, que não se cumprem, e o próprio director é de voto que se deverão fazer modificações profundas*<sup>1200</sup>.

Paralelamente ao conhecimento das disposições regulamentares que regiam o hospital reveste-se de especial importância percebermos se as mesmas eram cumpridas pelos funcionários da instituição. Embora não nos seja possível aferir se a totalidade dos artigos inscritos eram respeitados, procurámos compreender em que medida na dinâmica quotidiana eram honrados os estatutos hospitalares.

Note-se que a necessidade de reformulação dos regulamentos justificava-se, como foi referenciado anteriormente, pela aferição dos mesmos tendo por base a experiência adquirida. Todavia estamos também em crer que, o não cumprimento de alguns artigos constituía razão de peso para que os mesmos fossem alterados.

No que concerne às fontes de rendimento do hospital, estas incluíam efetivamente as prestações pagas pelos pensionistas, juros de capitais investidos, bem como o produto do trabalho dos doentes nas diversas oficinas existentes<sup>1201</sup>.

Gráfico n.º 2 – Proveniência das receitas do HCF entre 1883 e 1910.



Fonte: Gráfico construído com base em Santa Casa da Misericórdia do Porto, *Relatório dos Actos da Mesa da Santa Casa da Misericórdia do Porto* entre 1883 e 1910.

<sup>1200</sup> Santa Casa da Misericórdia do Porto, *Relatório dos Actos da Mesa da Santa Casa da Misericórdia do Porto*, Porto, Typographia de António José da Silva Teixeira, 1885, p. 103.

<sup>1201</sup> Veja-se o anexo n.º22, onde se encontram discriminadas as diversas fontes de rendimento do hospital durante o período analisado neste estudo.

Pela análise do gráfico anterior percebemos que os juros provenientes de investimentos realizados no capital de diversas empresas nacionais<sup>1202</sup> se constituíam como a principal fonte de rendimento da instituição (44,67%) secundada pelas verbas pagas mensalmente pelos pensionistas de 1.<sup>a</sup>, 2.<sup>a</sup> e 3.<sup>a</sup> classe (30,02%). É possível verificar ainda que o produto proveniente das quintas e diversas oficinas existentes no hospital, somados, apenas representam 1,7% do rendimento que a instituição auferiu durante o período estudado. Pese embora não se encontre aqui contabilizado o valor dos géneros provenientes da quinta que foram consumidos nas instalações hospitalares, concluímos com alguma facilidade que a maioria dos rendimentos do HCF provinham dos juros do capital investido, o que ia ao encontro das disposições testamentárias do Conde de Ferreira, bem como das receitas pagas pelos pensionistas. No que dizia respeito às receitas classificadas como Outros, a sua proveniência dizia sobretudo respeito a donativos, subsídios provenientes do Estado, entre outros. Note-se, porém, que os donativos que a SCMP, instituição que ao longo da sua história foi frequentemente obsequiada com importantes doações por parte de inúmeros benfeitores, recebia, cujo destino era especificamente o HCF, eram muito residuais o que nos faz crer que a sociedade de então não se encontrava de todo sensibilizada para o infortúnio desta população. Ainda no capítulo das doações, a SCMP critica o facto de os legados serem sujeitos a imposto pelo Governo. Como exemplo é mencionado o legado de Joaquim dos Santos Minho, residente no Brasil, cuja doação de 500\$000 reis ficou reduzida a 320\$400 reis, devido às taxas que houve necessidade de pagar o Brasil e em Portugal<sup>1203</sup>.

A importância para a sustentabilidade económica do hospital do valor proveniente dos pensionistas vai ao encontro dos discursos proferidos pelos responsáveis da instituição, bem como das disposições contidas no seu regulamento, que faziam depender a aceitação de doentes indigentes do número de pensionistas em tratamento no Hospital Conde de Ferreira. Esta situação ganha maior relevo logo a partir de 1887, quando encontramos os primeiros sinais de preocupação com o pagamento por parte dos pensionistas do valor dos seus tratamentos<sup>1204</sup>.

---

<sup>1202</sup> O HCF investiu, por exemplo, em inscrições de assentamento da dívida pública nacional e em obrigações da Companhia Geral do Crédito Predial Português.

<sup>1203</sup> O tom usado é, por vezes irónico, como atestam estas declarações: *Eis aqui a protecção que se presta á causa dos alienados*. Santa Casa da Misericórdia do Porto, *Relatório dos Actos da Mesa da Santa Casa da Misericórdia do Porto*, Porto, Typographia de A. J. da Silva Teixeira, 1887, p. 322.

<sup>1204</sup> Santa Casa da Misericórdia do Porto, *Relatório dos Actos da Mesa da Santa Casa da Misericórdia do Porto*, Porto, Typographia de A. J. da Silva Teixeira, 1887, p. 332.

Não foram raros os conflitos protagonizados pelo HCF que resultavam do pagamento do tratamento dos alienados, inclusive com outras instituições da SCMP como o Hospital de Santo António. Assim, em 1890, Júlio de Matos solicitou a este hospital o pagamento de cinco meses de tratamento de uma doente que havia sido enviada para o HCF por parte do HSA, totalizando o custo de 45\$000 reis. Todavia, este desresponsabiliza-se do pagamento desta quantia alegando um pagamento anual de 960\$000 reis por parte da instituição ao hospital de alienados que resultava de 6% do capital legado por Sousa Lobo à Misericórdia portuense para acolher alienados. Se inicialmente essa quantia era encaminhada para o HSA, aquando da abertura do HCF passou a constar das receitas do hospital de alienados, pelo que o Hospital de Santo António se ilibava do pagamento desta verba, concordando o hospital de alienados em receber os doentes provenientes do hospital geral acometidos de loucura<sup>1205</sup>. Quando o HCF solicitava o pagamento das quantias em atraso pelos tratamentos dos alienados e intimava os responsáveis a saldarem a dívida, o sucesso não era garantido, havendo quem respondesse (...) *pois ponham o doente na rua*<sup>1206</sup>. Como solução procuraram-se *novas formulas de requerimento e termo de responsabilidade para a admissão de pensionistas, que nos parece oferecerem maior garantia para o integral pagamento das pensões, facilitando a nossa acção, quando seja preciso obrigar as famílias ou responsáveis ao cumprimento dos seus deveres para com o Hospital*<sup>1207</sup>. Todavia casos houve em que os doentes, tidos por indigentes, dispunham de meios de fortuna, vindo à posterior o hospital a ser ressarcido das despesas com eles efetuados<sup>1208</sup>.

A importância da receita proveniente dos pensionistas é frequentemente mencionada e permitia que o hospital pudesse acolher um maior número de indigentes, sendo deste modo refutadas as críticas que acusavam a instituição de acolher com facilidade pensionistas, restringindo a entrada de alienados indigentes<sup>1209</sup>. A imagem

<sup>1205</sup> Santa Casa da Misericórdia do Porto, *Relatório dos Actos da Mesa da Santa Casa da Misericórdia do Porto*, Porto, Typographia de António José da Silva Teixeira, 1890, p. 275.

<sup>1206</sup> Santa Casa da Misericórdia do Porto, *Relatório dos Actos da Mesa da Santa Casa da Misericórdia do Porto*, Porto, Officina Typographica do Hospital de Alienados do Conde de Ferreira, 1910, p. 407.

<sup>1207</sup> Idem, *ibidem*, p. 408.

<sup>1208</sup> Note-se o caso de um doente que, após falecer, em Dezembro de 1911, se apurou que possuía fortuna pelo que o hospital foi reembolsado em 219\$300 reis, ou seja, 731 dias a 300 reis cada. Santa Casa da Misericórdia do Porto, *Relatório dos Actos da Mesa da Santa Casa da Misericórdia do Porto*, Porto, Officina Typographica do Hospital de Alienados do Conde de Ferreira, 1911, p. 268.

<sup>1209</sup> Os responsáveis da SCMP justificam-se referindo que *insiro aqui estas considerações por já em diversas ocasiões ter ouvido reparos acerca da restrição quanto ao ingresso dos indigentes, e da franqueza, com que se aceitam pensionistas*. Santa Casa da Misericórdia do Porto, *Relatório dos Actos da Mesa da Santa Casa da Misericórdia do Porto*, Porto, Typographia de A. J. da Silva Teixeira, 1887, pp. 332-333.

social do hospital parece estar associada à caridade, na medida em que este havia sido construído para acolher pobres. Todavia a Mesa rejeita esta caracterização, que apelida de irrefletida, considerando que, se por um lado apenas é possível tratar dos indigentes com o lucro que advinha dos pensionistas, por outro não era justo negar a estes cuidados médicos só por serem possuidores de fortuna<sup>1210</sup>.

A necessidade de se acolher mais pensionistas, para a sobrevivência económica do hospital, vai ganhando cada vez menos importância pois a sua estadia era cada vez mais cara, o que não permitia receber mais indigentes. Deste modo, assiste-se a um aumento da lista de espera com os mais desfavorecidos<sup>1211</sup>.

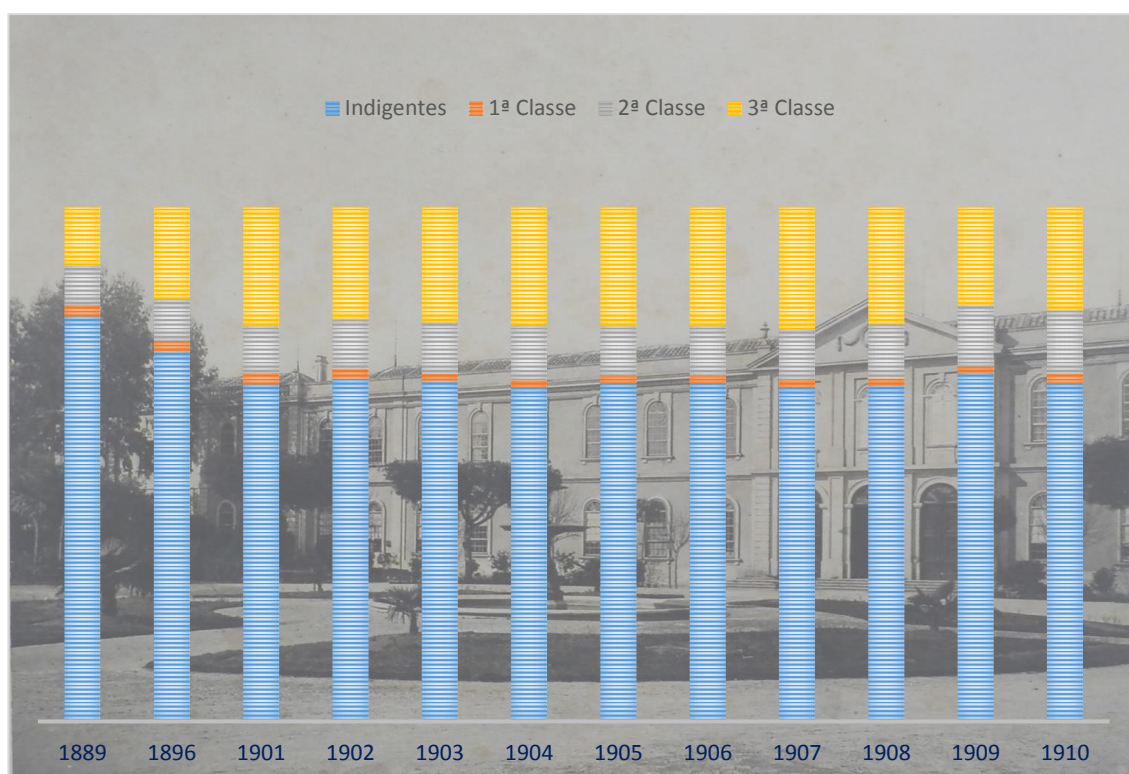
A divisão dos doentes por várias classes e de acordo com o seu sexo constituía uma medida essencial quer do ponto de vista organizacional quer terapêutico e não temos dúvidas que a mesma foi encetada de forma contínua. A colocação dos alienados pelas diversas classes, de acordo com os seus rendimentos, era efetuada logo aquando da sua admissão e nos registos que nos foi possível consultar encontramos diversas alusões a certidões de pobreza passadas sobretudo por párocos a atestar a situação precária a nível económico de muitos alienados. Não raras foram também as alterações de classe dos doentes, por norma no sentido descendente. Tal facto derivava de duas realidades distintas pois, se era observável uma degradação das condições económicas dos doentes à qual corresponderia uma descida de classe não são de excluir os casos em que, por falta de pagamento, a instituição se via obrigada a considerar os pensionistas como indigentes. Os movimentos em sentido oposto eram menos frequentes. Casos houve também que, após o falecimento dos familiares dos alienados indigentes e possuindo estes alguns meios de fortuna, a Misericórdia portuense reivindicou para si parte dos bens como forma de pagamento dos tratamentos efetuados no HCF. Percebemos assim que, com grande probabilidade, existiriam atestados de pobreza que não primavam pela verdade.

---

<sup>1210</sup> Santa Casa da Misericórdia do Porto, *Relatório dos Actos da Mesa da Santa Casa da Misericórdia do Porto*, Porto, Typ. a vapor de Arthur José de Souza & Irmão, 1898, pp. 464-465.

<sup>1211</sup> Idem, *Ibidem*, pp. 406-408.

Gráfico n.º 3 – Distribuição percentual dos alienados segundo a sua classe no HCF entre 1889 e 1910.



Fonte: Gráfico construído com base em Santa Casa da Misericórdia do Porto, *Relatório dos Actos da Mesa da Santa Casa da Misericórdia do Porto* entre 1883 e 1910.

Podemos observar pelo gráfico anterior que a classe mais representada nos doentes no HCF dizia respeito aos indigentes. Embora não nos tenha sido possível apurar dados relativamente a todos os anos em estudo não nos parece que a situação fosse diferente nos espaços cronológicos que não aparecem inscritos no gráfico. Percebemos também que, à medida que progredimos em direção às classes mais desfavorecidas, aumenta o número de alienados internados representando a 1ª classe apenas um valor residual de doentes, seguido dos indivíduos pertencentes à 2ª classe também eles pouco representados no cômputo geral da população hospitalar. Mais uma vez se compreendem os discursos dos diversos intervenientes que procuravam fazer depender o número de admissões de doentes indigentes da admissão de doentes de classes mais elevadas<sup>1212</sup>. Outro dado que, segundo o regulamento, seria importante ter em consideração para o acolhimento de mais indigentes no hospital seria o cálculo da média de custos relativamente ao internamento de doentes das diversas classes. Porém, nos relatórios e livros de atas estudados não encontramos qualquer referência a este indicador.

<sup>1212</sup> Para uma leitura cabal destes dados veja-se o anexo n.º 21.

Estamos em crer que o tratamento diferenciado preconizado pelo regulamento para com os pensionistas de classes superiores seria efetivamente cumprido na medida em que este seria uma das principais formas de captar para o seio do hospital estes indivíduos que contribuía de forma decisiva para a sustentabilidade económica da instituição. A confirmar esta situação referimos a existência de planos alimentares diferenciados e gastos pontuais como o que aparece inscrito no relatório de 1898 onde foram gastos mais de 673\$000 reis para mobiliar e estofar os aposentos de um pensionista de 1ª classe.

Em 1886 encontravam-se prontas as plantas e existiam já orçamentos para a construção das dependências para acolher os empregados da instituição. Esta necessidade, que como verificámos constava do regulamento da instituição, era justificada pelo facto de o hospital se encontrar muito distante do centro da cidade<sup>1213</sup>. A habitação para o maquinista da lavandaria estaria concluída em 1887<sup>1214</sup>. No ano seguinte assume-se a necessidade de construção das moradias para os funcionários superiores do hospital que deveria ocorrer fora da instituição mas nas proximidades desta<sup>1215</sup>. O projeto consistia na construção de um pavilhão central com dois andares para o diretor e o médico adjunto. Seriam também construídas duas alas laterais para o farmacêutico, capelão, secretário e fiscal, sendo todas estas residências independentes umas das outras<sup>1216</sup>. Em 1890 as casas encontravam-se praticamente concluídas, faltando apenas alguns arranjos interiores para que estas pudessem ser habitadas pelos funcionários e, conseqüentemente, aumentar a capacidade de acolhimento de alienados no hospital na medida em que as salas anteriormente ocupadas pelos empregados passariam a acolher novos doentes<sup>1217</sup>. No entanto, em 1891, continuam a inscrever-se verbas nas despesas extraordinárias para a *continuação das habitações de empregados superiores*. Todavia, posteriormente aparece inscrito o valor de 3 153\$147 reis para a *conclusão de ditas casas de habitação para empregados superiores*<sup>1218</sup>. Novamente, em 1892, aparecem inscritos mais 3 309\$947

---

<sup>1213</sup> Santa Casa da Misericórdia do Porto, *Relatório dos Actos da Mesa da Santa Casa da Misericórdia do Porto*, Porto, Typographia de A. J. da Silva Teixeira, 1886, p. 206.

<sup>1214</sup> Santa Casa da Misericórdia do Porto, *Relatório dos Actos da Mesa da Santa Casa da Misericórdia do Porto*, Porto, Typographia de A. J. da Silva Teixeira, 1887, p. 329.

<sup>1215</sup> Santa Casa da Misericórdia do Porto, *Relatório dos Actos da Mesa da Santa Casa da Misericórdia do Porto*, Porto, Typographia de A. J. da Silva Teixeira, 1888, p. 294.

<sup>1216</sup> Idem, *Ibidem*, pp. 294-295.

<sup>1217</sup> Santa Casa da Misericórdia do Porto, *Relatório dos Actos da Mesa da Santa Casa da Misericórdia do Porto*, Porto, Typographia de António José da Silva Teixeira, 1890, p. 274.

<sup>1218</sup> Santa Casa da Misericórdia do Porto, *Relatório dos Actos da Mesa da Santa Casa da Misericórdia do Porto*, Porto, Typographia de António José da Silva Teixeira, 1891, p. 433.

reis para a conclusão das habitações<sup>1219</sup>. Em 1892 a parte inferior do hospital, anteriormente ocupada pelos funcionários estava já livre para receber doentes<sup>1220</sup>.

Os empregados inferiores parecem residir nas instalações do hospital, indo ao encontro do preconizado no regulamento todavia, a sua permanência no interior da instituição tinha como consequência uma diminuição do espaço disponível para acolher alienados o que contribuía para a sobrelotação do hospital. Propunha-se deste modo a construção de habitações independentes, à semelhança do que acontecia com os empregados superiores, permitindo consequentemente uma maior capacidade de acolhimento de alienados no hospital<sup>1221</sup>. Durante o período estudado, não encontramos registos que demonstrem uma vontade de proceder à construção de habitações independentes para os empregados ditos inferiores pelo que estes terão permanecido a residir no interior do hospital.

No que diz respeito à componente científica cedo se percebe que os recursos alocados, por importantes que fossem, dificilmente corresponderiam às expectativas criadas<sup>1222</sup>. Todavia, a casa mortuária encontrava-se em funcionamento e aí realizar-se-iam autopsias com o intuito de *descobrir nos cérebros dos falecidos as causas determinantes da loucura que os affectára*<sup>1223</sup>.

Recordamos que o regulamento do hospital consignava uma quantia anual de 200\$000 reis para a casa mortuária que, apesar de ser considerada insuficiente, poucas foram as vezes em que foi utilizada na sua totalidade.

---

<sup>1219</sup> Santa Casa da Misericórdia do Porto, *Relatório dos Actos da Mesa da Santa Casa da Misericórdia do Porto*, Porto, Typographia de António José da Silva Teixeira, 1892, pp. 276-277. Veja-se o anexo n.º 22.

<sup>1220</sup> Idem, *ibidem*, p. 278.

<sup>1221</sup> Santa Casa da Misericórdia do Porto, *Relatório dos Actos da Mesa da Santa Casa da Misericórdia do Porto*, Porto, Typographia de A. J. da Silva Teixeira, 1889, p. 241.

<sup>1222</sup> Neste âmbito é-nos referido que *os meios de investigação serão sempre inferiores á complexidade dos fenómenos*. Santa Casa da Misericórdia do Porto, *Relatório dos Actos da Mesa da Santa Casa da Misericórdia do Porto*, Porto, Typographia de A. J. da Silva Teixeira, 1886, p. 199.

<sup>1223</sup> Idem, *ibidem*, p. 199.



Gráfico n.º 4 – Despesas com a casa mortuária do HCF entre 1886 e 1910.



Fonte: Tabela construída com base em Santa Casa da Misericórdia do Porto, *Relatório dos Actos da Mesa da Santa Casa da Misericórdia do Porto* entre 1886 e 1910.

No entanto, no gráfico anterior não se encontram consignadas outras despesas que aparecem inscritas na secção da casa mortuária como o ordenado e despesas inerentes à condução de cadáveres para o cemitério e direitos paroquiais. Se aos valores inscritos como despesas somarmos os anteriormente referidos seria frequentemente ultrapassado o valor inscrito pelo que, considerando o rigor que pautava a execução orçamental da instituição, estamos em crer que a quantia mencionada não deveria incluir as despesas com ordenados e outras necessidades. Deste modo concluímos que, apesar de reconhecida a importância do estudo dos cadáveres e cujos resultados poderiam consubstanciar progressos na ciência, objetivo tão frequentemente mencionado pelos diversos atores, existia ainda dotação económica que poderia permitir ao hospital desenvolver um maior número de estudos no âmbito das doenças mentais<sup>1224</sup>.

Das publicações patrocinadas pelo Hospital Conde de Ferreira destaca-se o relatório produzido por António Maria de Sena relativo ao biénio 1883-1885. Esta obra foi muito elogiada pela Mesa da Santa Casa da Misericórdia do Porto que considerava conter um pequeno tratado de patologia mental onde se adotava a classificação nosológica de Krafft-Ebing, à semelhança da que era adotada na própria instituição. Alude-se à importância dos casos clínicos descritos, à procura das causas prováveis da degeneração,

<sup>1224</sup> Para uma compreensão mais profunda destes dados veja-se o anexo n.º 23.

e é tido como relevante, não só para os médicos como também para os estadistas e criminalistas<sup>1225</sup>.

Este relatório seria o primeiro de vários, publicados bianualmente e contribuiriam para uma sistematização no âmbito da genealogia da loucura<sup>1226</sup>. Procurava-se conhecer as causas do enfraquecimento físico dos alienados, frequentemente acompanhados por uma elevada debilidade mental e comparar os resultados com as doutrinas do Dr. Jacoby; perceber a importância das causas hereditárias e das acidentais, como prevenir o aparecimento da alienação mental nos indivíduos e qual a sua incidência segundo a classe social. Este primeiro relatório é dotado de grande importância para o conhecimento das dinâmicas instituídas nos primeiros anos de funcionamento do hospital pois o autor não se inibe de analisar diversos dados relativos à atividade assistencial<sup>1227</sup>. Anualmente a Santa Casa da Misericórdia publicava um relatório onde elencava os principais factos ocorridos nas diversas instituições que se encontravam sobre a sua gestão. Estes documentos afiguram-se assim indispensáveis para a realização de estudos sobre a história da Misericórdia Portuense no geral e do Hospital Conde de Ferreira em particular. Em 1888 alude-se ao relatório do 2º biénio de funcionamento do hospital que *não tardará a publicar-se*<sup>1228</sup>. Em 1890 encontramos consignados 176\$280 reis para impressos nomeadamente para a impressão do 2º relatório<sup>1229</sup>. Todavia, não nos foi possível encontrar este segundo relatório.

Importante para a não concretização na plenitude de uma revolução científica patrocinada por este hospital foi também o facto de a população incurável representar uma parte substancial dos alienados recolhidos no hospital, diminuindo consideravelmente os estudos que se podiam efetuar e, consequentemente, os resultados obtidos. Embora residualmente, esta é também uma justificação para que a Lei Sena de 1889 fosse cumprida acreditando a Misericórdia Portuense que, a acontecer a transferência para os asilos dos alienados incuráveis, o movimento de doentes seria mais elevado *e os relatórios technicos apresentariam grande cópia de factos, tornando-se de*

---

<sup>1225</sup> Santa Casa da Misericórdia do Porto, *Relatório dos Actos da Mesa da Santa Casa da Misericórdia do Porto*, Porto, Typographia de A. J. da Silva Teixeira, 1887, pp. 324-325.

<sup>1226</sup> Idem, *ibidem*, p. 325.

<sup>1227</sup> Veja-se António Maria de Sena, *Relatório do Serviço Medico e Administrativo do Hospital do Conde de Ferreira Relativo ao Primeiro Biennio (1883-1885)*, Porto, Typographia Occidental, 1885.

<sup>1228</sup> Santa Casa da Misericórdia do Porto, *Relatório dos Actos da Mesa da Santa Casa da Misericórdia do Porto*, Porto, Typographia de A. J. da Silva Teixeira, 1888, p. 298.

<sup>1229</sup> Santa Casa da Misericórdia do Porto, *Relatório dos Actos da Mesa da Santa Casa da Misericórdia do Porto*, Porto, Typographia de António José da Silva Teixeira, 1890, pp. 68-69.

*interesse para a sciencia e para os seus cultores*<sup>1230</sup>. Apesar das dificuldades existentes, Júlio de Matos e Magalhães Lemos apresentaram trabalhos no congresso médico de Madrid, que terão sido alvo de elogios<sup>1231</sup>.

No capítulo da formação dos recursos humanos da instituição, sabemos que, em 1895, se ponderava *iniciar entre nós a educação de médicos alienistas* que se encontrava completamente descurada nos curricula oficiais. Esta medida seria útil para o hospital pois permitiria uma desaccumulação do trabalho dos clínicos na medida em que os médicos internos ficariam responsáveis por redigir as observações clínicas, poderiam auxiliar o serviço no laboratório, velar pelo bom tratamento dos doentes e fiscalizar o serviço das enfermarias. Assim, a 11 de Maio de 1895 foi proposto a criação de um internato de dois alunos do quarto ano da Escola Médico-cirúrgica do Porto, *com boas notas escolares*, por um período de 30 meses fornecendo-lhes a SCMP *ensino e habitação*. Para a possibilidade de realização desta proposta foi criada uma comissão que ainda não tinha divulgado o seu parecer<sup>1232</sup>.

A existência nos quadros da nova casa de saúde<sup>1233</sup> de um cirurgião precipitou a contratação de um clínico com semelhantes valências para o Hospital do Conde de Ferreira, dando assim seguimento ao regulamento da instituição<sup>1234</sup>. Todavia, só mais tarde encontramos mencionada a aquisição de uma mesa de operações com os seus respetivos acessórios bem como uma estufa para a sala de operações<sup>1235</sup>. A instalação desta sala terá sido um processo demorado e em 1909 não estava ainda concluída<sup>1236</sup>. No ano seguinte está dada como completa *com todas as condições exigidas pela cirurgia operatória*<sup>1237</sup>.

O acompanhamento do HCF dos preceitos científicos pode atestar-se também pelos instrumentos que ao longo do período cronológico estudado foram adquiridos.

<sup>1230</sup> Santa Casa da Misericórdia do Porto, *Relatório dos Actos da Mesa da Santa Casa da Misericórdia do Porto*, Porto, Typographia de A. J. da Silva Teixeira, 1888, p. 286.

<sup>1231</sup> Santa Casa da Misericórdia do Porto, *Relatório dos Actos da Mesa da Santa Casa da Misericórdia do Porto*, Porto, Officina Typographica do Hospital de Alienados do Conde de Ferreira, 1902, pp. 220-221.

<sup>1232</sup> Santa Casa da Misericórdia do Porto, *Relatório dos Actos da Mesa da Santa Casa da Misericórdia do Porto*, Porto, Typ. De Arthur José de Souza e Irmão, 1895, pp 289-290.

<sup>1233</sup> As referências à nova Casa de Saúde Portuense, que prestava também auxílio a doentes mentais, são muito reduzidas ao longo dos relatórios analisados.

<sup>1234</sup> Santa Casa da Misericórdia do Porto, *Relatório dos Actos da Mesa da Santa Casa da Misericórdia do Porto*, Porto, Typographia de António José da Silva Teixeira, 1894, p. 373

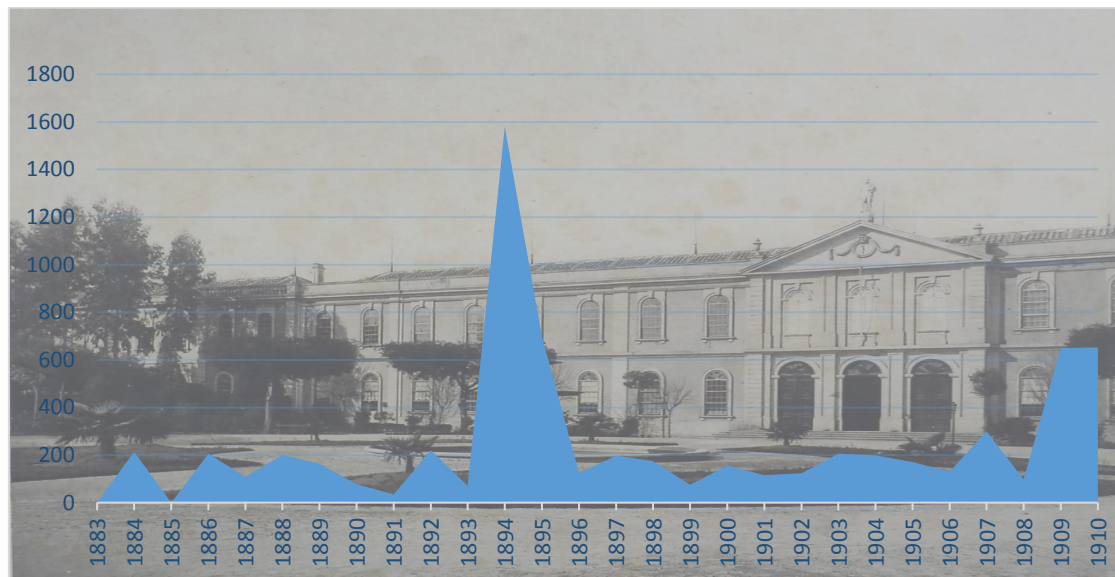
<sup>1235</sup> Santa Casa da Misericórdia do Porto, *Relatório dos Actos da Mesa da Santa Casa da Misericórdia do Porto*, Porto, Officina Typographica do Hospital de Alienados do Conde de Ferreira, 1904, p. 238.

<sup>1236</sup> Santa Casa da Misericórdia do Porto, *Relatório dos Actos da Mesa da Santa Casa da Misericórdia do Porto*, Porto, Officina Typographica do Hospital de Alienados do Conde de Ferreira, 1909, p. 561.

<sup>1237</sup> Santa Casa da Misericórdia do Porto, *Relatório dos Actos da Mesa da Santa Casa da Misericórdia do Porto*, Porto, Officina Typographica do Hospital de Alienados do Conde de Ferreira, 1910, p. 408.

Note-se a compra de uma *machina de desinfecção, systema Genest e Hersher*, em 1894<sup>1238</sup>.

Gráfico n.º 5 – Despesas com livros e instrumentos cirúrgicos no HCF entre 1883 e 1910.



Fonte: Gráfico construído com base em Santa Casa da Misericórdia do Porto, *Relatório dos Actos da Mesa da Santa Casa da Misericórdia do Porto* entre 1883 e 1910.

De um modo geral, como podemos verificar no gráfico anterior, a despesa com novos instrumentos cirúrgicos e livros não era muito elevada. Não deixa de ser relevante que tal despesa fosse efetuada na quase totalidade dos anos económicos estudados chegando inclusive a atingir a quantia de 1579 reis em 1894, demonstrando assim que a direção do hospital se encontrava empenhada na concretização das disposições regulamentares respeitantes à atualização científica das práticas assistenciais.

É-nos referido no relatório de 1889 que alguns dos doentes quando tinham alta do hospital levavam consigo um *pecúlio formado á custa do seu trabalho*, o que vai ao encontro das disposições regulamentares apresentadas<sup>1239</sup>. Como exemplo e reconhecendo a excelência do trabalho dos alienados na recém-inaugurada tipografia, os doentes recebiam uma gratificação mensal de \$500 reis<sup>1240</sup>. Todavia, esta situação parece não ser única tendo em conta que Júlio de Matos nos afirma que *não é novo o facto n'este estabelecimento, nem é, por certo, dos resultados menos consoladores d'esta casa de*

<sup>1238</sup> Santa Casa da Misericórdia do Porto, *Relatório dos Actos da Mesa da Santa Casa da Misericórdia do Porto*, Porto, Typographia de António José da Silva Teixeira, 1894, p. 377.

<sup>1239</sup> Santa Casa da Misericórdia do Porto, *Relatório dos Actos da Mesa da Santa Casa da Misericórdia do Porto*, Porto, Typographia de A. J. da Silva Teixeira, 1889, p. 241.

<sup>1240</sup> Idem, *ibidem*, p. 245.

*caridade*<sup>1241</sup>. Posteriormente, em 1903, há notícia da atribuição da quantia de 10\$000 reis e de alguma roupa a uma doente indigente que não tinha família nem meios de subsistência imediata no seu pós-alta<sup>1242</sup>. No entanto esta prática parece-nos que era pouco usual o que é comprovado quando se propõe alterações ao regulamento em 1911 no domínio dos fundos de beneficência que era *d'uma aplicação raríssima*<sup>1243</sup>.

As visitas regulares por parte da direcção económica às enfermarias não eram de todo cumpridas bem como por parte do fiel da fazenda, o que justifica que muitas pequenas obras continuassem por realizar-se<sup>1244</sup>. Como já referido anteriormente esta situação seria resultado não tanto da incúria dos profissionais mas sim de uma sobrecarga de trabalho que tinha como consequência a impossibilidade de cumprimento destas disposições regulamentares.

A formação dos enfermeiros ganhou novo ímpeto em 1906 data em que foi instituído o *ensino profissional de enfermagem*, a cargo do Dr. Cardoso e Silva<sup>1245</sup>. Esta medida justificava-se pois considerava-se que era necessário a *educação e regulamentação do pessoal de enfermagem para uso hospitalar de particulares*, bem como no *estabelecimento do ensino completo e pratico de doenças mentaes e nervosas*<sup>1246</sup>. Apesar da problemática da qualificação dos recursos humanos se apresentar como basilar no adequado funcionamento do recém-inaugurado hospital a verdade é que a sua inclusão nos relatórios que escortinavam anualmente a administração é pontual. Não encontramos mais referências ao ensino dos enfermeiros embora apareça em 1908, consignada uma verba para um professor daquela classe profissional que, no entanto, não terá sido despendida. Tal facto não impediu com certeza que fossem fornecidos aos enfermeiros conhecimentos mais específicos no âmbito das funções que desempenhavam tal ensino deveria ocorrer de forma informal e não sistematizada.

No que nos foi possível investigar quanto ao cumprimento das disposições relativas à obrigatoriedade do registo periódico por parte dos clínicos da evolução do alienado este parece ter sido pouco efetivo tendo em conta os livros de admissão

---

<sup>1241</sup> Idem, *ibidem*, p. 246.

<sup>1242</sup> Santa Casa da Misericórdia do Porto, *Relatório dos Actos da Mesa da Santa Casa da Misericórdia do Porto*, Porto, Officina Typographica do Hospital de Alienados do Conde de Ferreira, 1903, p. 225.

<sup>1243</sup> S Santa Casa da Misericórdia do Porto, *Relatório dos Actos da Mesa da Santa Casa da Misericórdia do Porto*, Porto, Officina Typographica do Hospital de Alienados do Conde de Ferreira, 1911, p. 272.

<sup>1244</sup> Santa Casa da Misericórdia do Porto, *Relatório dos Actos da Mesa da Santa Casa da Misericórdia do Porto*, Porto, Typ. a vapor de Arthur José de Souza & Irmão, 1896, p. 276.

<sup>1245</sup> Santa Casa da Misericórdia do Porto, *Relatório dos Actos da Mesa da Santa Casa da Misericórdia do Porto*, Porto, Officina Typographica do Hospital de Alienados do Conde de Ferreira, 1906, p. 234.

<sup>1246</sup> Santa Casa da Misericórdia do Porto *Relatório dos Actos da Mesa da Santa Casa da Misericórdia do Porto*, Porto, Officina Typographica do Hospital de Alienados do Conde de Ferreira, 1908, p. 455.

consultados que na sua maioria aparecem desprovidos de notas clínicas que possam atestar a evolução do processo terapêutico dos doentes internados. Compreende-se, por um lado que, estando o serviço clínico assegurado maioritariamente por dois clínicos, que concomitantemente desempenhavam todo um leque de funções de fiscalização do estabelecimento, pouco tempo restasse para a elaboração das supracitadas notas clínicas. Notamos ainda que a evolução para uma situação de cronicidade e consequente incurabilidade da doença justificasse uma diminuição das observações e consequentes registos por parte dos facultativos. Por outro lado não descartamos a hipótese da existência de outros livros de registos onde tais informações fossem inscritas que infelizmente não se encontravam à disposição dos investigadores<sup>1247</sup>.

Através dos livros de admissão consultados podemos verificar que a maioria dos alienados que era admitida de forma transitória era posteriormente admitida de forma definitiva no hospital. Já os casos de alienação mental não confirmada bem como os de simulação, tendo em conta os quadros estatísticos publicados anualmente pela Santa Casa da Misericórdia do Porto, eram residuais.

Ainda no capítulo dos recursos humanos estes foram se adaptando às necessidades do hospital e à experiência acumulada, ao longo do período em estudo. Logo em 1891 é proposta uma alteração do quadro consubstanciada num aumento dos facultativos internos à custa dos facultativos externos. Tal medida encontrava justificação nas características particulares de uma instituição deste género onde *o tratamento dos alienados demanda uma assiduidade, uma atenção e a concentração de faculdades que não são muito compatíveis com a rapidez das visitas dos clínicos externos e com a sua pouco prolongada assistência no hospital*<sup>1248</sup>. Assim em 1893 António de Sousa Magalhães Lemos foi eleito médico adjunto do hospital sendo que do quadro de recursos humanos faziam também parte Joaquim Urbano da Costa Ribeiro e José Augusto de Lemos Peixoto, faltando a nomeação do médico residente, do médico operador e de dois médicos externos substitutos. Em 1892 encontrava-se aberto o concurso para o ingresso de dois médicos externos substitutos no entanto os nomes que se apresentavam a concurso eram de jovens médicos recém-formados *sem precedentes de tal quilate que determinem*

---

<sup>1247</sup> Não conseguimos apurar junto da responsável da Biblioteca do HCF nem nos serviços centrais de arquivo da SCMP a existência de grande parte dos livros de escrituração que aparecem inscritos nos regulamentos do hospital.

<sup>1248</sup> Santa Casa da Misericórdia do Porto, *Relatório dos Actos da Mesa da Santa Casa da Misericórdia do Porto*, Porto, Typographia de António José da Silva Teixeira, 1891, p. 423.

*imediatamente a preferência*<sup>1249</sup>. Acreditava-se que com a experiência adquirida no HCF e com o auxílio dos facultativos mais antigos, poderiam adquirir um *logar distinto entre os seus colegas*<sup>1250</sup>. As vagas para médico externo foram preenchidas no ano seguinte pelo Dr. José Fernando de Magalhães e pelo Dr. Joaquim Urbano Cardoso e Silva, mantendo-se em aberto a vaga de cirurgia. Tal facto derivava de não se considerar urgente o preenchimento deste lugar, embora se acreditasse que *muitos casos de alienação se curam por meio de operações*<sup>1251</sup>.

Se os elogios ao corpo clínico do hospital são recorrentes, o pessoal subalterno das enfermarias parece não satisfazer o diretor, motivando uma frequente mudança de funcionários, inclusivamente de alguns que trabalharam no hospital durante muito tempo. Também os doentes parecem corroborar a opinião do clínico pois estes, quando melhorados, reportavam situações de abuso por parte dos empregados. Considerava-se que os excessos perpetrados num hospital de alienados revestiam-se de maior gravidade do que num hospital geral pois a fiscalização era um processo contínuo, da autoria dos médicos, administradores, funcionários e os próprios doentes que estavam na posse das suas capacidades mentais, o que não acontecia num hospital de alienados. Note-se ainda que o facto de as visitas serem muito restritas nesta instituição inviabilizava que os doentes verbalizassem junto dos seus familiares e amigos alguns abusos que sofriam. Por último, quando eram apresentadas queixas, não raras as vezes os doentes eram desacreditados<sup>1252</sup>.

Em consequência destes factos, um enfermeiro que trabalhasse num hospital de alienados devia possuir *qualidades mais elevadas* para que pudesse lidar com estes doentes sem *sanidade de espirito*<sup>1253</sup>. A estes trabalhadores exigia-se assim uma *consciência limpa* e o cumprimento das obrigações que lhe eram impostas assim como *obedecer sem iludir quem manda*. Julgava-se que enfermeiros do sexo masculino com estas características apenas eram possíveis de encontrar em congregações religiosas. Quando os recursos humanos desempenhassem o seu papel de modo satisfatório,

---

<sup>1249</sup> Idem, *ibidem*, p. 271.

<sup>1250</sup> Idem, *ibidem*, p. 272.

<sup>1251</sup> Santa Casa da Misericórdia do Porto, *Relatório dos Actos da Mesa da Santa Casa da Misericórdia do Porto*, Porto, Typographia de António José da Silva Teixeira, 1893, p. 250.

<sup>1252</sup> Idem, *ibidem*, p. 251.

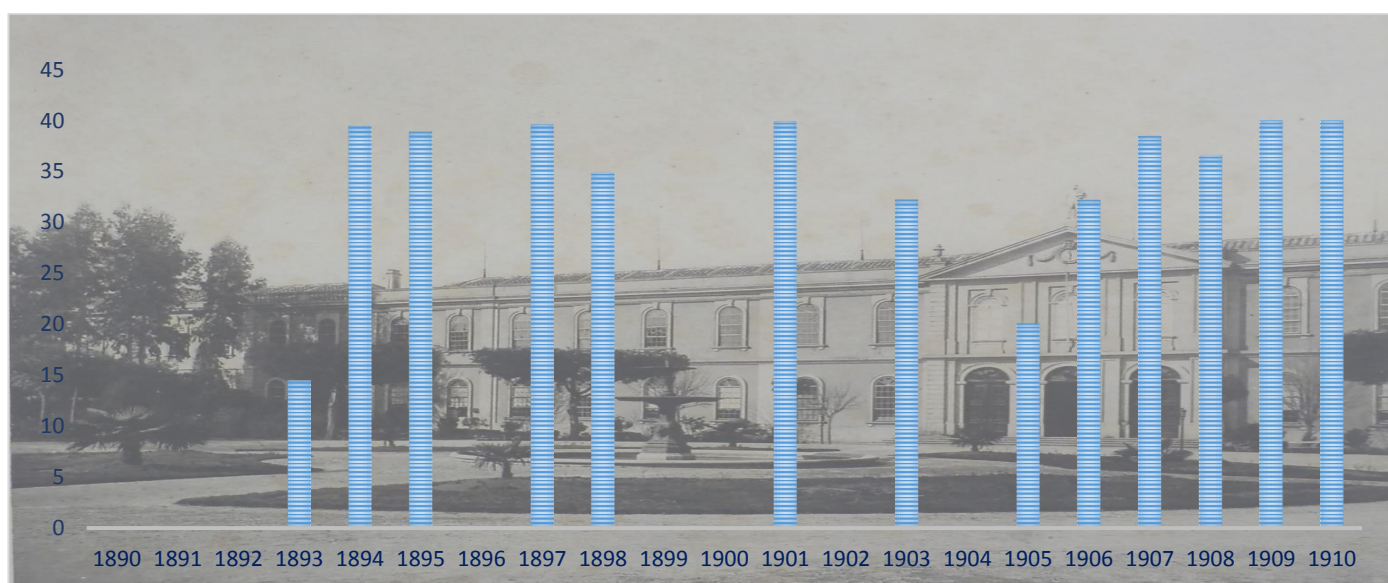
<sup>1253</sup> Esta circunstância justificava-se considerando que *a sua responsabilidade é muito maior, a sua consciência deve ser sem preguiça, o seu coração por tal modo sopeado que resista a todas as impaciências, as todas as investidas, a todas as repugnâncias*. Idem, *ibidem*, p. 252.



cumprindo as prescrições médicas, *será excelente o tratamento ostensivo e secreto dos enfermos, tornando-se mais salientes os resultados práticos da instituição*<sup>1254</sup>.

No que diz respeito à criação de um serviço de consulta externa esta ganha cada vez mais importância à medida que o fenómeno da acumulação de doentes incuráveis no HCF adquire maior visibilidade com o consequente aumento das listas de espera para ingressar na instituição.

Gráfico n.º 6 – Despesa efetuada com terapêutica a doentes externos no HCF entre 1890 e 1910.



Fonte: Gráfico construído com base em Santa Casa da Misericórdia do Porto, *Relatório dos Actos da Mesa da Santa Casa da Misericórdia do Porto* entre 1883 e 1910.

Não nos foi possível verificar o número de consultas efetuadas neste âmbito. No entanto, pela leitura do gráfico anterior podemos inferir que no que concerne aos doentes indigentes esta solução deveria ser residual, a atestar pela reduzida verba despendida com medicamentos fornecidos de forma gratuita aos alienados mais desfavorecidos. Considerando que a maioria dos alienados pertenceriam a esta classe e dada a sobrecarga de trabalho dos clínicos não se afigura que a situação fosse substancialmente diferente quando se alude às consultas externas efetuadas a indivíduos de classes superiores.

As referências ao serviço religioso encontradas são pontuais e versam sobretudo as cerimónias que anualmente eram empreendidas para comemorar a data da morte do benemérito Conde de Ferreira, que celebravam em simultâneo a inauguração do hospital. Todos os anos era despendida uma pequena verba para o *guizamento da capela* o que nos

<sup>1254</sup> Idem, *ibidem*, pp. 252-253.



faz crer no seu funcionamento ao longo de todo o ano. Infelizmente não encontramos dados que nos permitam perceber se era frequente os doentes participarem nas celebrações religiosas nem tão pouco aferir se o capelão desempenhava as novas funções que a reformulação do primeiro regulamento lhe conferiu.

As relações entre a direção clínica e o fiel da fazenda nem sempre se pautaram pela cordialidade. Logo em Agosto de 1883 há notícia de irregularidades no hospital de que *resultara lamentável desarmonia entre o Director Clínico e Fiel da Fazenda* sendo os intervenientes posteriormente chamados à Mesa da SCMP afim de exporem o que havia sucedido<sup>1255</sup>.

No que se refere à aplicação de banhos a pessoas externas ao hospital temos conhecimento desta prática a partir de 1907. Eram ministrados duches, banhos de imersão, duches gerais, banhos sulfurosos e salgados quer em séries de 10 banhos quer avulso, sendo os mais frequentemente administrados, quer a indivíduos do sexo masculino quer do feminino, os duches<sup>1256</sup>.

O sistema de gratificações proposto no regulamento ganha ímpeto com a instituição do prémio Sena em 1891 que distinguia dois empregados menores pelos serviços prestados, um do sexo feminino e outro do sexo masculino, com uma quantia pecuniária. Durante o período estudado pudemos verificar a efetiva atribuição deste prémio o que consubstancia o cumprimento do regulamento aprovado.

A caixa económica dos empregados encontrava-se em pleno funcionamento pelo menos a partir de 1900, quando nos são apresentadas as suas contas nos relatórios anuais. Eram efetivamente cobradas quotas aos pensionistas, descontos no vencimento do pessoal, multas sobre esses mesmos vencimentos, donativos e juros de algumas obrigações de empréstimo que concorriam para a sustentação financeira desta caixa. Por outro lado, encontramos notícia de renumerações extraordinárias aos funcionários, por exemplo, em 1901 foram atribuídos 25\$000 reis a dois funcionários pela *dedicação dada na arriscada captura de dois doentes que se haviam evadido da repartição*<sup>1257</sup>. Também se verificava a existência de reembolsos de descontos feitos a empregados que abandonaram a instituição, como o caso do funcionário Valentim Pereira em 1902<sup>1258</sup>.

<sup>1255</sup> Livro de actas da Mesa da Santa Casa da Misericórdia do Porto, Banco 8º, n.º 26, p. 170.

<sup>1256</sup> Veja-se a tabela dos duches. Anexo n.º 24.

<sup>1257</sup> Santa Casa da Misericórdia do Porto, *Relatório dos Actos da Mesa da Santa Casa da Misericórdia do Porto*, Porto, Typ. a vapor de Arthur José de Souza & Irmão, 1901, p. 259.

<sup>1258</sup> Santa Casa da Misericórdia do Porto, *Relatório dos Actos da Mesa da Santa Casa da Misericórdia do Porto*, Porto, Officina Typographica do Hospital de Alienados do Conde de Ferreira, 1902, p. 271.

Infelizmente os recursos disponíveis nos diversos arquivos e bibliotecas não nos permitiram aferir o cumprimento de outras disposições regulamentares, nomeadamente no que diz respeito às rotinas instituídas, os critérios de avaliação dos empregados bem como no que concerne aos registos clínicos uma vez que livros como o diário terapêutico não foram localizados.

Podemos inferir que não se afigurou fácil a estruturação dos serviços afetos ao HCF durante o período em estudo. As dificuldades que António Maria de Sena sentiu ao elaborar o regulamento provisório de 1883 representaram apenas o início de uma série de vicissitudes que ditaram várias alterações aos regulamentos. Notamos que estas mudanças não se deveram exclusivamente, ou pelo menos diretamente, da experiência adquirida, como nos é transmitido em vários relatórios analisados. Consideramos que o incumprimento de algumas normas bem como alguns conflitos existentes teve um importante papel nas diversas alterações que ao longo dos anos foram sendo efetuadas. Não podemos deixar de relembrar a falência do modelo de Pinel no que respeitava à centralização de poderes num só clínico, que muito contribuiu para que uma série de regras não fossem cumpridas na sua plenitude.

## 5 – Da população alienada internada

*Os alienados são desumanamente desgraçados;  
não há infelicidade humana comparável com a sua*<sup>1259</sup>.

Ao longo do período em estudo neste trabalho o número de alienados foi crescendo substancialmente, colocando aos responsáveis pelo hospital problemas que numa fase inicial não eram considerados. Neste capítulo vamos procurar conhecer melhor os indivíduos que ingressavam no Hospital Conde de Ferreira, caracterizando-os de acordo com algumas variáveis que nos foi possível recolher das fontes disponíveis. A análise do movimento dos doentes, onde abordamos diferentes indicadores como o número de alienados existentes, a taxa de curabilidade e de mortalidade, entre outros, representa um valioso contributo para melhor compreendermos as dinâmicas hospitalares, bem como para encetarmos algumas comparações com estatísticas já anteriormente mencionadas que aludiam à caracterização destes doentes em Portugal.

Estes dados permitem-nos também confirmar alguns dos principais problemas que são frequentemente abordados nos relatórios analisados, como a sobrelotação do hospital e a acumulação de doentes incuráveis. Esta situação vai estar na origem de diversas reclamações por parte dos responsáveis do hospital bem como, em última instância, a profundas alterações na matriz assistencial que presidiu à fundação da instituição.

---

<sup>1259</sup> António Maria da Sena, *Os alienados em Portugal*, *Op. cit.*, p. 273.

### 5.1 – Caracterização sociodemográfica dos alienados

*É a obra que está talhada (...) não se destina só ao socorro dos indigentes, mas até aos que o não são; tão funesta é a loucura que o rico mesmo, antes de cerrar os olhos, morre civilmente e carece de deixar o seu palácio para ir habitar uma casa onde oram os desditosos*<sup>1260</sup>.

Pretendíamos neste subcapítulo caracterizar a população alienada internada no HCF ao longo de todo o período estudado, segundo vários vetores de carácter social e demográfico. Todavia, a impossibilidade de consultarmos todos os livros de admissão relativos à cronologia adotada, levou-nos a basear o nosso estudo nos dados recolhidos por António Maria de Sena, registados no seu 1.º relatório bianual relativo ao funcionamento do hospital. Estes dados são somente relativos aos doentes internados durante dois anos, sendo as conclusões extraídas aplicáveis a esta amostra populacional. Só em matéria de caracterização por sexo foi possível aceder à totalidade de internados na cronologia estudada.

Gráfico n.º 7 – Distribuição dos doentes do HCF, segundo o sexo, entre 1883 e 1910.



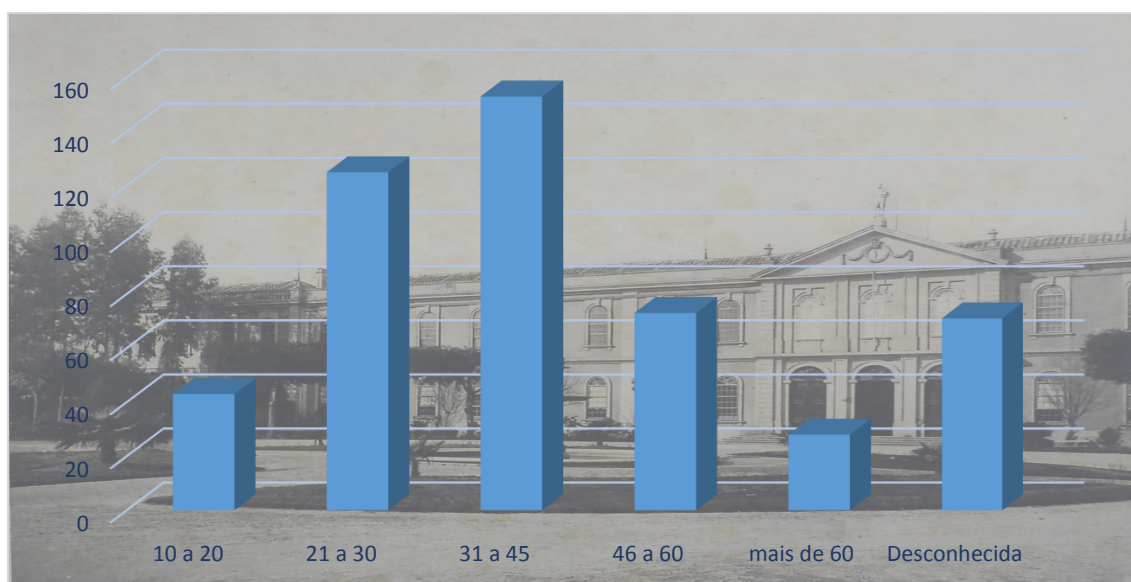
Fonte: Gráfico construído com base em Santa Casa da Misericórdia do Porto, *Relatório dos Actos da Mesa da Santa Casa da Misericórdia do Porto* entre 1883 e 1910.

<sup>1260</sup> Conde de Samodães, “Ofício”, in António Maria de Sena, *Os alienados em Portugal*, Op. cit., p. 282.

Através da leitura do gráfico anterior concluímos que a distribuição segundo o sexo dos doentes no HCF se caracterizava por um grande equilíbrio, embora seja perceptível um ligeiro predomínio do sexo masculino. Esta circunstância encontra-se em consonância com os resultados encontrados por Sena no estudo que realizou anteriormente e no qual concluiu que a maior frequência de casos de alienação no sexo masculino era fruto de uma elevada incidência desta doença junto dos mendigos e vagabundos, maioritariamente homens. No mesmo sentido dissertava Montalverne de Sequeira, considerando que as ocupações associadas ao homem eram mais violentas, que estes desenvolviam uma maior atividade cerebral e muscular e que o consumo de álcool, haxixe, tabaco e ópio justificavam também a maior incidência da alienação mental neste género<sup>1261</sup>.

Porém, consideramos que esta distribuição tão igualitária deriva sobretudo da própria estrutura física do hospital, na medida em que foram consignadas o mesmo número de enfermarias para cada sexo e, conseqüentemente, o número de vagas era também ele semelhante.

Gráfico n.º 8 – Distribuição dos doentes do HCF, segundo a faixa etária, entre 1883 e 1885.



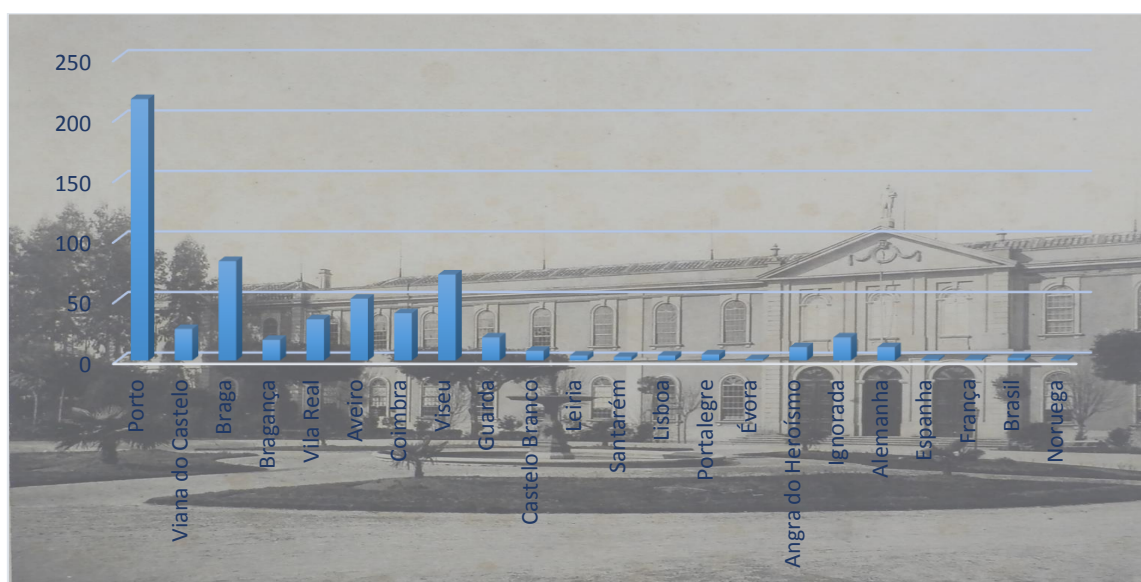
Fonte – Gráfico construído com base em António Maria de Sena, *Relatório do Serviço Medico e Administrativo do Hospital do Conde de Ferreira Relativo ao Primeiro Biennio (1883-1885)*, Porto, Typographia Occidental, 1885.

<sup>1261</sup> Gil Mont'alverne de Sequeira, *Os alienados nos Açores*, Ponta Delgada, Typ. Elzeviridiana, 1898, p. 18.

No que diz respeito à idade dos doentes, através da análise do gráfico anterior, percebemos que o HCF acolhia alienados de todas as idades, sendo a faixa etária entre os 31 e os 45 anos a mais representada, em detrimento dos indivíduos mais jovens e mais idosos. Tal poderá encontrar justificação se considerarmos que o diagnóstico de doença mental em indivíduos de tenra idade se afigurava mais difícil, pois muitas desordens do foro mental apenas se manifestam já na idade adulta, frequentemente influenciadas por fatores que não se fazem sentir precocemente. Por outro lado, o reduzido número de alienados com mais de 60 anos poderá ter por base valores de esperança média de vida que no início do séc. XX não alcançavam sequer os 40 anos<sup>1262</sup>.

Destacamos a elevada incidência de alienados cuja idade aparece classificada como desconhecida. Esta circunstância poderá resultar do facto de muitos doentes ingressarem no hospital diretamente da rua e encaminhados pelas autoridades de segurança. Esta situação reforça ainda a insuficiência dos dados recolhidos sobre os alienados internados, nomeadamente sobre a evolução dos seus comportamentos que seriam determinantes para um diagnóstico correto e a instituição de um tratamento mais adequado<sup>1263</sup>.

Gráfico n.º 9 – Distribuição dos doentes do HCF, segundo a sua proveniência, entre 1883 e 1885.



Fonte – Gráfico construído com base em António Maria de Sena, *Relatório do Serviço Medico e Administrativo do Hospital do Conde de Ferreira Relativo ao Primeiro Biennio (1883-1885)*, Op. cit.

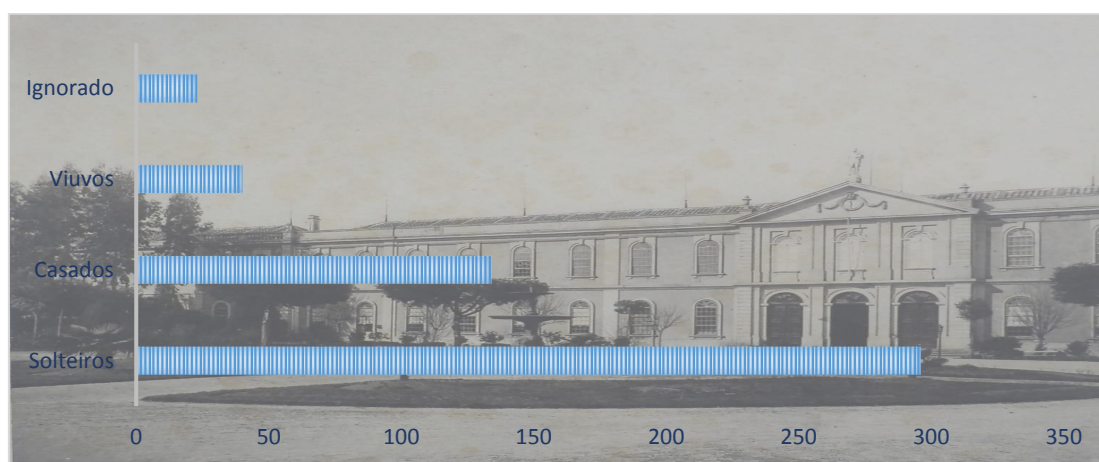
<sup>1262</sup> Ana Alexandre Fernandes, Maria João Guardado Moreira, Teresa Rodrigues Veiga, “Transição demográfica e transição epidemiológica”, in *Forum Sociológico*, n.ºs 11/12 (2ª série), 2004, p. 91.

<sup>1263</sup> A falta de dados era de tal forma grave que encontrámos o caso de um alienado cujo próprio nome era desconhecido.

Atendendo à distribuição geográfica dos alienados, subentendemos o seu carácter marcadamente regional na medida em que 89% dos indivíduos provinham de zonas acima do rio Mondego, com destaque para os distritos do Porto, Braga e Viseu. Estes dados ajudam a confirmar que a distribuição dos alienados a nível nacional residia em critérios de proximidade geográfica, acolhendo o Hospital de Rilhafoles os doentes provenientes da zona sul do país. A importância deste critério é justificada pela logística que envolvia o transporte dos alienados até aos grandes centros urbanos de Lisboa e Porto. Paralelamente estas viagens acarretavam custos avultados que muitas vezes as famílias não conseguiam suportar<sup>1264</sup>. Os casos cuja proveniência era ignorada eram residuais. Note-se aqui que, ao contrário do que acontecia com a idade dos alienados, não se afigurava difícil identificar, por parte das autoridades locais, a proveniência dos doentes embora provavelmente esta fosse distinta da sua naturalidade<sup>1265</sup>.

Atente-se ainda na existência de um determinado número de alienados provenientes de outros países. Parece-nos pouco provável que a justificação para este facto resida numa projecção internacional do HCF, considerando que este se encontrava em funcionamento há poucos anos. Todavia, como não nos foi possível encontrar os processos clínicos relativos a estes alienados não conseguimos descobrir qualquer justificação que se apresente plausível.

Gráfico n.º 10 – Distribuição dos doentes do HCF, segundo o seu estado civil, entre 1883 e 1885.



Fonte – Gráfico construído com base em António Maria de Sena, *Relatório do Serviço Médico e Administrativo do Hospital do Conde de Ferreira Relativo ao Primeiro Biénio (1883-1885)*, *Op. cit.*

<sup>1264</sup> Alexandra Esteves reporta-nos casos que atestam as dificuldades inerentes à deslocação dos alienados para os hospitais especializados. Veja-se Alexandra Esteves, “Engulhos de ontem, doentes de hoje: pensar a loucura em Portugal no séc. XIX. O caso do distrito de Viana do Castelo”, *Op. cit.*, pp. 199 – 216.

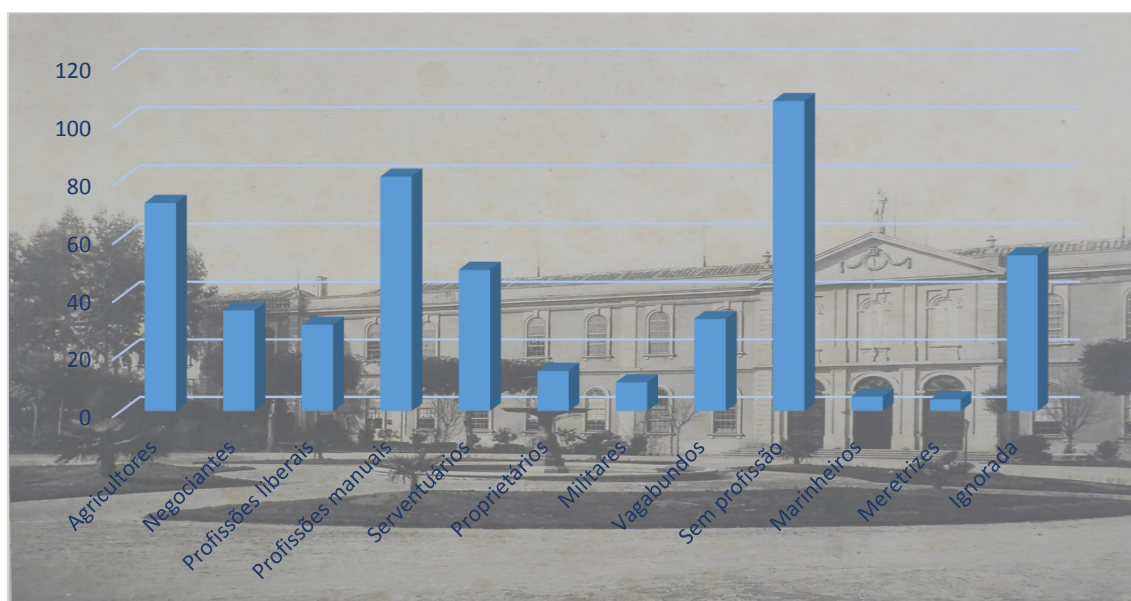
<sup>1265</sup> Maria Antónia Lopes informa-nos que antes de meados do séc. XIX os doentes eram habitualmente identificados pela sua naturalidade. Maria Antónia Lopes, “Buscando a saúde. Os hospitais enquanto geradores de mobilidade em Portugal na 2ª metade do séc. XIX”, *Op. cit.*, p. 145.



Na análise do estado civil dos alienados é facilmente perceptível que a sua maioria era solteira, o que se encontra em linha com as estatísticas anteriormente analisadas. Recorde-se, porém, que não era possível considerar os indivíduos solteiros mais predisponentes ao fenómeno da loucura dada a dificuldade em estabelecer um nexo de causalidade entre as duas condições.

Parece-nos importante referir que, à partida, o suporte familiar destes doentes seria menor quando comparado com os alienados casados, o que poderá representar um dos motivos para que estes permanecessem durante muito tempo nas instalações do hospital, convertendo-o num asilo para alienados e contribuindo para o problema da sobrelotação. Segundo a mesma lógica de pensamento, tal situação seria transversal aos indivíduos viúvos.

Gráfico n.º 11 – Distribuição dos doentes do HCF, segundo a sua profissão, entre 1883 e 1885.



Fonte – Gráfico construído com base em António Maria de Sena, *Relatório do Serviço Medico e Administrativo do Hospital do Conde de Ferreira Relativo ao Primeiro Biennio (1883-1885)*, Op. cit.

A importância da atividade profissional exercida pelos alienados reside, não só no facto de esta poder indiciar o seu grau de instrução e a categoria económico-social, mas também na necessidade de estabelecer um paralelismo entre a profissão e a génese da alienação mental.



Pela análise do gráfico anterior concluímos que a maioria dos alienados provinha de uma classe socioeconómica muito baixa pois os indivíduos sem profissão, agricultores, afetos a profissões manuais, serventuários e vagabundos são os que encontram maior tradução no gráfico apresentado. Este dado encontra-se em harmonia com o facto da maioria dos alienados no HCF ingressar na classe de indigente. Já os indivíduos com profissões liberais, negociantes e proprietários representam uma pequena parte da população hospitalar, muito provavelmente afetos à 1.<sup>a</sup>, 2.<sup>a</sup> ou 3.<sup>a</sup> classe. Recordamos aqui que a doença mental encerrava sobre si um grande estigma social, superior nas classes mais elevadas, pelo que muitas famílias de níveis socioeconómicos mais favoráveis não se dispunham a internar os seus familiares alienados para evitar fenómenos de marginalização social.

Não nos causa também qualquer surpresa que sejam estes os grupos profissionais maioritariamente representados no seio da população hospitalar do Conde de Ferreira, pois eram estas as atividades que, à data, mais predisporiam à alienação mental como verificámos anteriormente. Mais uma vez, esta realidade não favorecia uma reintegração social do alienado após a sua alta, sendo frequentemente instituído um ciclo vicioso de pobreza e alienação mental que resultava em múltiplos internamentos.

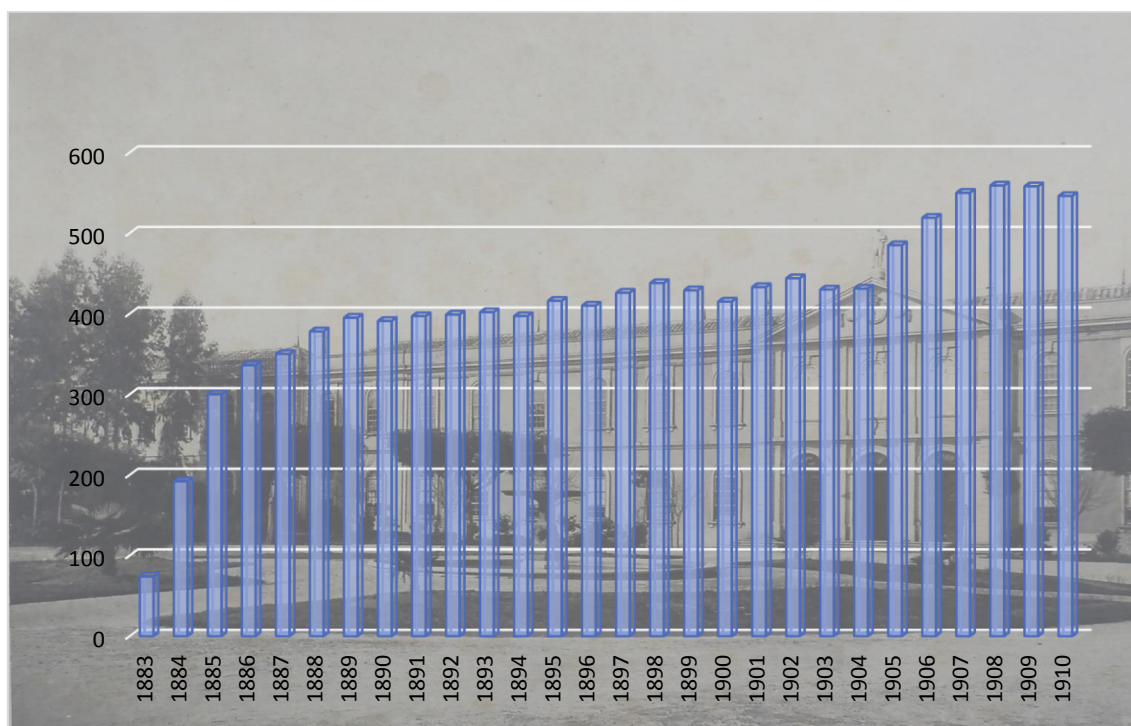
Através desta análise dos dados disponíveis concluímos que a maioria dos alienados no HCF eram adultos, solteiros, provenientes do norte do país e com atividades profissionais que denotam um baixo nível socioeconómico, características que, de modo direto ou indireto, potenciavam o problema que mais frequentemente é mencionado nas diversas fontes consultadas: a sobrelotação do hospital.

## 5.2 – Movimento geral de doentes

*Tal como se encontra, o hospital é uma espécie de Runa dos alienados, uma aposentadoria de imbecis, um retiro de pobres idiotas, que ali vegetam, tranquilamente, até que a morte os arrebate*<sup>1266</sup>.

Ao longo do período que nos propusemos estudar, o número de doentes internados no Hospital de Alienados do Conde de Ferreira sofreu uma trajetória quase sempre ascendente, o que poderá estar relacionado com uma frequente pressão da sociedade, que cada vez mais exigia tratamentos diferenciados no âmbito da saúde mental, fato este que obteve tradução numa lista de espera para admissão na instituição que frequentemente alcançava as dezenas de doentes. Como resposta, o hospital foi procurando disponibilizar um maior número de camas, quer através da construção de novos edifícios quer adaptando espaços com funções que numa fase inicial não incluíam o acolhimento de doentes.

Gráfico n.º 12 – Número de doentes existentes no HCF entre 1883 e 1910.



Fonte: Gráfico construído com base em Santa Casa da Misericórdia do Porto, *Relatório dos Actos da Mesa da Santa Casa da Misericórdia do Porto* entre 1883 e 1910.

<sup>1266</sup> “Hospital de alienados do Conde de Ferreira II”, jornal *Província*, 21 de Agosto de 1886.

Como podemos verificar no gráfico anterior o número de doentes existentes no HCF teve uma trajetória que nos primeiros três anos se caracterizou por um aumento considerável do número de alienados. Posteriormente, até 1904, operou-se um incremento mais gradual, ao qual se seguiram três anos de aumentos mais significativos, culminando numa relativa estabilização do número de doentes internados no período cronológico em estudo. Se no final do ano económico de 1883 o hospital se encontrava ocupado por apenas 74 doentes, no final do ano económico de 1910 eram já 546 alienados que usufruíam dos serviços prestados pelo hospital portuense<sup>1267</sup>, o que corresponde a um aumento de 66% face à lotação inicial da instituição.

Desde 1884 que a problemática da sobrelotação do hospital se fez sentir com maior vigor. O aumento de cerca de 100 doentes no ano económico 1884/1885 justificou a implementação de medidas com o intuito de diminuir a aglomeração de alienados que era já superior à capacidade do hospital. Além do mais, a realidade económica da instituição, embora tida como desafogada, não permitia que fossem acolhidos tantos doentes como estava a acontecer. Neste sentido, procurou-se restringir a entrada de alienados, tendo sido enviado um ofício aos Governadores Cívicos a solicitar que *sem prévio consentimento não expedissem guias de admissão aos alienados, que se destinassem para este hospital*<sup>1268</sup>. Note-se uma vez mais que esta problemática era recorrente nas instituições que acolhiam estes doentes, nomeadamente no Hospital de Rilhafol e que tal situação era bem conhecida por António Maria de Sena. Também a solução encontrada no hospital portuense havia já sido tentada em Lisboa e com resultados praticamente nulos, pelo que nos parece que a adoção desta medida estava não só condenada ao insucesso, como tal facto seria do conhecimento dos intervenientes.

No ano seguinte, em 1886, é mencionado que as admissões são já muito restritas e que só ocorrem quando se dá a cura, despedida ou morte de outros doentes. O avolumar do número de pedidos de ingresso deu origem a *uma matrícula de pedidos de admissão, para se satisfazerem pela sua ordem chronologica*<sup>1269</sup>. A lista de espera para acolher os alienados era, em 1889, de 82 indivíduos, sendo referido que era habitual oscilar entre os 60 e 70 doentes<sup>1270</sup>. Em 1902 a cifra de alienados a aguardar vaga no hospital situava-se

<sup>1267</sup> Para uma melhor perceção do movimento geral de doentes no HCF veja-se o anexo n.º 25.

<sup>1268</sup> Santa Casa da Misericórdia do Porto, *Relatório dos Actos da Mesa da Santa Casa da Misericórdia do Porto*, Porto, Typographia de António José da Silva Teixeira, 1885, p. 94.

<sup>1269</sup> Santa Casa da Misericórdia do Porto, *Relatório dos Actos da Mesa da Santa Casa da Misericórdia do Porto*, Porto, Typographia de A. J. da Silva Teixeira, 1886, p. 206.

<sup>1270</sup> Santa Casa da Misericórdia do Porto, *Relatório dos Actos da Mesa da Santa Casa da Misericórdia do Porto*, Porto, Typographia de A. J. da Silva Teixeira, 1889, p. 247.

ainda nos 74 indivíduos e este número não era maior devido ao facto de a sociedade ter conhecimento da dificuldade de entrada no HCF, pelo que muitas pessoas optavam por nem sequer solicitar a admissão dos seus alienados<sup>1271</sup>. Como solução é sugestionada a construção de um outro hospital na cidade do Porto, bem como outro nos arredores de Coimbra<sup>1272</sup>. Posteriormente assume-se que a solução mais imediata seria ampliar os hospitais já existentes. No entanto, os custos económicos associados tornariam pouco viável esta deliberação<sup>1273</sup>.

Em 1891 encontramos uma alteração no que se refere aos critérios de admissão dos doentes no hospital. Assim, não seria a ordem cronológica a que devia ser tida em conta mas sim as características individuais dos alienados. Deste modo, teriam prioridade os *loucos que mais perturbam a sociedade com as suas violências e durante o período agudo da loucura, o mais propício á possibilidade de cura*<sup>1274</sup>. Com esta mudança pretendia-se colmatar uma certa injustiça clínica concedendo prioridade aos doentes agudos pois considerava-se que eram estes que mais necessitavam de cuidados médicos e que detinham maior possibilidade de cura eliminando-se assim uma distribuição injusta dos recursos hospitalares<sup>1275</sup>. Cinco anos depois, propunha-se inclusivamente a proibição da admissão de alienados incuráveis<sup>1276</sup>, o que nos leva a crer que estes continuavam a dar entrada no hospital. Entendemos que um dos motivos que presidiu de forma mais contundente para esta alteração residiu na própria filosofia da instituição, cuja missão assistencial se focava maioritariamente no auxílio aos alienados curáveis, refutando frequentemente ser apenas um asilo de alienados. Estaria em causa o prestígio da instituição que almejava paridade com as suas congéneres europeias e tal apenas se podia alcançar com uma elevada produção científica, dificilmente alcançável com uma população maioritariamente incurável.

A sobrelotação do hospital impedia, já em 1891, o acolhimento inclusivamente de pensionistas, o que, *sendo medicamente lastimável*, representava uma oportunidade não

---

<sup>1271</sup> Santa Casa da Misericórdia do Porto, *Relatório dos Actos da Mesa da Santa Casa da Misericórdia do Porto*, Porto, Officina Typographica do Hospital de Alienados do Conde de Ferreira, 1902, p. 18.

<sup>1272</sup> Santa Casa da Misericórdia do Porto, *Relatório dos Actos da Mesa da Santa Casa da Misericórdia do Porto*, Porto, Typographia de A. J. da Silva Teixeira, 1886, p. 207.

<sup>1273</sup> Santa Casa da Misericórdia do Porto, *Relatório dos Actos da Mesa da Santa Casa da Misericórdia do Porto*, Porto, Typographia de A. J. da Silva Teixeira, 1887, p. 321.

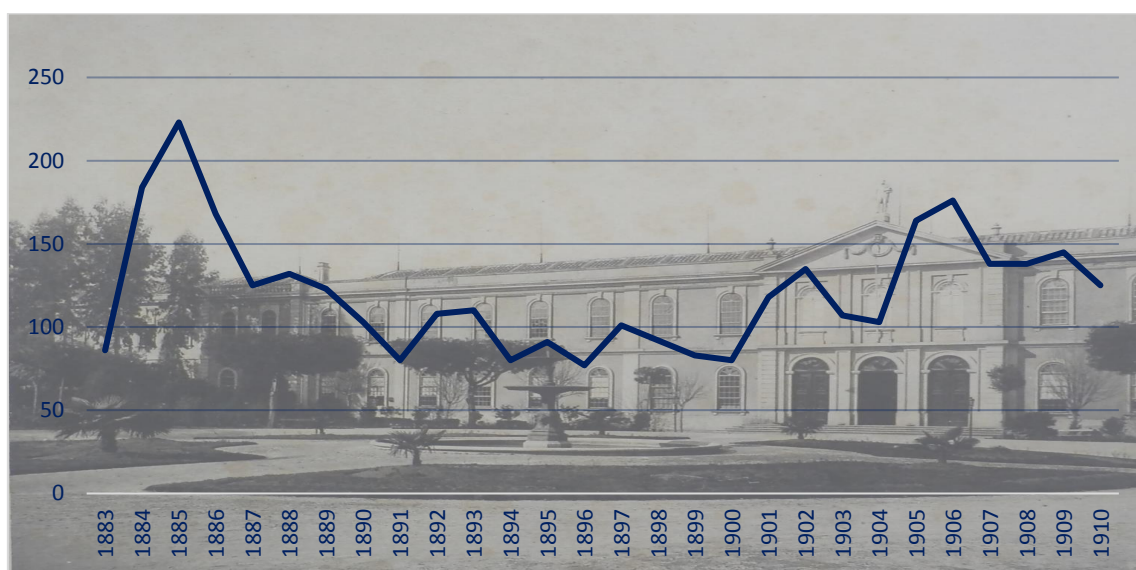
<sup>1274</sup> Santa Casa da Misericórdia do Porto, *Relatório dos Actos da Mesa da Santa Casa da Misericórdia do Porto*, Porto, Typographia de António José da Silva Teixeira, 1891, p. 421.

<sup>1275</sup> Idem, *ibidem*, p. 422.

<sup>1276</sup> Santa Casa da Misericórdia do Porto, *Relatório dos Actos da Mesa da Santa Casa da Misericórdia do Porto*, Porto, Typ. a vapor de Arthur José de Souza & Irmão, 1896, p. 278.

concretizada *nos progressos da receita eventual desta casa*<sup>1277</sup>. Para poder acolher mais alienados, a solução mais imediata passava por transferir serviços e empregados que se encontravam no edifício principal para outras dependências e adaptar as salas antigas para que pudessem receber mais doentes. Seguindo esta lógica, algumas arrecadações existentes na 2.<sup>a</sup> enfermaria da 2.<sup>a</sup> divisão sexual foram adaptadas e foi possível recolher mais 22 alienados<sup>1278</sup>. Planeava-se também converter um armazém desaproveitado para receber empregados da instituição e centralizar as oficinas existentes num único edifício, o que permitiria assim acolher ainda mais alienados<sup>1279</sup>. Os efeitos destas medidas tiveram como resultado um aumento da capacidade do hospital para 485 doentes ou seja, mais 65 alienados que o preconizado no regulamento de 1891<sup>1280</sup>, sendo que em 1907 nos é referido que o hospital poderia acolher até 620 doentes<sup>1281</sup>. No entanto, a direção económica refere que a capacidade da instituição não ultrapassava os 550 doentes<sup>1282</sup> e no ano seguinte estariam internados, em média, 544 indivíduos<sup>1283</sup>.

Gráfico n.º 13 – Número de doentes entrados no HCF entre 1883 e 1910.



Fonte: Gráfico construído com base em Santa Casa da Misericórdia do Porto, *Relatório dos Actos da Mesa da Santa Casa da Misericórdia do Porto* entre 1883 e 1910.

<sup>1277</sup> Santa Casa da Misericórdia do Porto, *Relatório dos Actos da Mesa da Santa Casa da Misericórdia do Porto*, Porto, Typographia de António José da Silva Teixeira, 1891, p. 433.

<sup>1278</sup> Santa Casa da Misericórdia do Porto, *Relatório dos Actos da Mesa da Santa Casa da Misericórdia do Porto*, Porto, Officina Typographica do Hospital de Alienados do Conde de Ferreira, 1904, p. 238.

<sup>1279</sup> Idem, *ibidem*, p. 238.

<sup>1280</sup> Santa Casa da Misericórdia do Porto, *Relatório dos Actos da Mesa da Santa Casa da Misericórdia do Porto*, Porto, Officina Typographica do Hospital de Alienados do Conde de Ferreira, 1905, p. 274.

<sup>1281</sup> Santa Casa da Misericórdia do Porto, *Relatório dos Actos da Mesa da Santa Casa da Misericórdia do Porto*, Porto, Officina Typographica do Hospital de Alienados do Conde de Ferreira, 1907, p. 26.

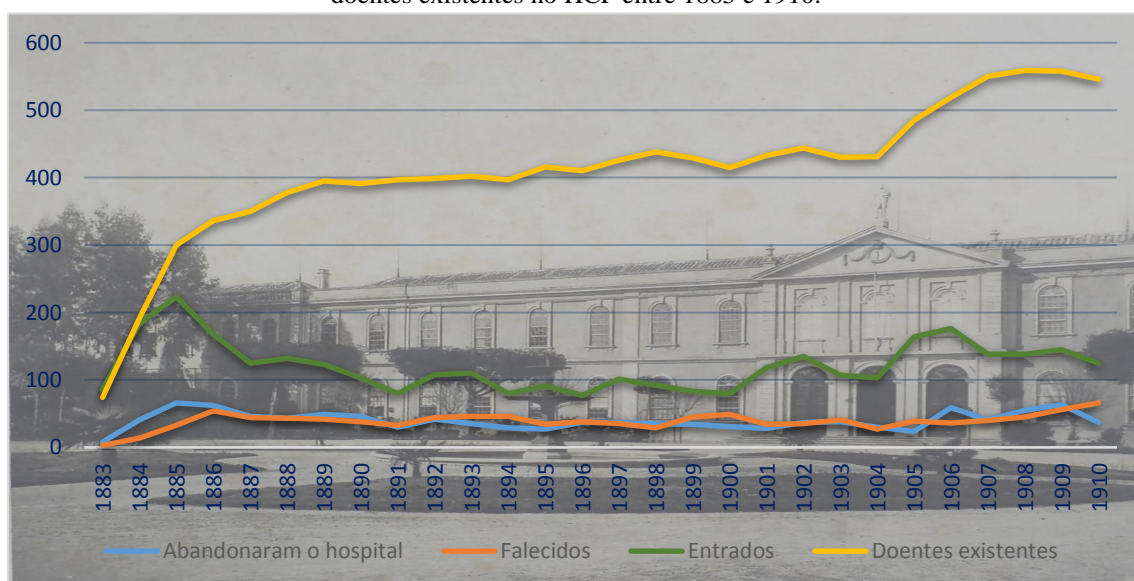
<sup>1282</sup> Idem, *ibidem*, p. 347.

<sup>1283</sup> Santa Casa da Misericórdia do Porto, *Relatório dos Actos da Mesa da Santa Casa da Misericórdia do Porto*, Porto, Officina Typographica do Hospital de Alienados do Conde de Ferreira, 1908, p. 150.

Através na análise do gráfico anterior verificamos que, após um período inicial em que observamos um elevado número de doentes admitidos no hospital, se apura uma queda abrupta em 1885. Tal facto resultará, provavelmente, do facto de ter sido atingida a capacidade máxima da instituição. Este dado é contemporâneo com o início dos discursos de diversos responsáveis, alertando para a questão da permanência de um elevado número de doentes incuráveis no HCF. Posteriormente, até cerca de 1902, percebemos que o número de entradas estabiliza numa cifra que rondava os 100 doentes. Neste período, o hospital começa a assemelhar-se a um asilo de alienados dada a elevada permanência doentes incuráveis e as soluções adotadas pela SCMP, nomeadamente a desocupação de espaços anteriormente ocupados por empregados e a construção dos pavilhões para furiosos justificam algumas variações positivas ocorridas no final da primeira década do séc. XX. A transformação do HCF num asilo de alienados vem contradizer o otimismo assistencial que caracterizava a Psiquiatria no início do séc. XIX que é traduzido na posterior diferenciação entre hospital e asilo.

Para compreendermos melhor este fenómeno da sobrelotação hospitalar, é também necessário recorrermos à análise do número de doentes que abandonou o hospital bem como ao número de alienados existentes na instituição.

Gráfico n.º 14 – Relação entre doentes que abandonaram o hospital, doentes falecidos, doentes entrados e doentes existentes no HCF entre 1883 e 1910.



Fonte: Gráfico construído com base em Santa Casa da Misericórdia do Porto, *Relatório dos Actos da Mesa da Santa Casa da Misericórdia do Porto* entre 1883 e 1910.

É possível atestarmos, assim, que a variação do número de doentes entrados acompanha as modificações do número de doentes que tiveram alta hospitalar. Todavia, o número de doentes existentes é representado graficamente por uma linha quase sempre ascendente, embora o seu declive seja mais acentuado em períodos onde a capacidade de acolhimento de alienados na instituição se elevou fruto de uma maior disponibilidade de espaço para acolher os mesmos. Mais uma vez deparamo-nos com uma correspondência estatística que vai ao encontro das frequentes reivindicações da SCMP no sentido de se cumprir o preconizado na Lei Sena de 1889 e proceder à desaccumulação de alienados do Hospital Conde de Ferreira.

Mais tarde, a SCMP viu-se inclusivamente obrigada a fixar o número de indivíduos indigentes que o hospital podia receber, que seria de 350, ficando as restantes vagas disponíveis para as várias classes de pensionistas<sup>1284</sup>. Esta medida surge, uma vez mais, numa lógica de sustentabilidade económica do HCF, atentando que eram as verbas pagas pelos pensionistas que permitiam acolher os alienados indigentes. Todavia considera-se que o tratamento dos últimos, devido à carestia dos bens que lhes estavam associados, absorvia *quasi inteiramente aquella receita*<sup>1285</sup>.

Não é exagerado classificarmos de ingénuos alguns discursos apresentados no âmbito desta matéria. Em 1886 é-nos referido que, aquando da abertura do Hospital Conde de Ferreira, se considerava *improvável* que a capacidade de acolhimento de alienados por parte da instituição fosse ultrapassada, que, segundo as previsões do arquiteto, o edifício nunca deveria ser ocupado na totalidade<sup>1286</sup>. Também a sociedade parecia corroborar esta hipótese na medida em que o HCF era inicialmente classificado de *monstruoso e de bastante para encerrar os alienados de todo o mundo*<sup>1287</sup>. Embora excessivos, estes adjetivos podem representar verdadeiramente as considerações de alguns dos segmentos da sociedade perante a grandiosidade do edifício. No entanto, não se percebe que indivíduos esclarecidos e cientes da verdadeira dimensão da realidade da alienação em Portugal não esperassem este desenvolvimento.

A denominada Lei Sena, de 1889, traz uma nova esperança na resolução do problema da sobrelotação do hospital e a sua inovação científica reside, principalmente,

---

<sup>1284</sup> Santa Casa da Misericórdia do Porto, *Relatório dos Actos da Mesa da Santa Casa da Misericórdia do Porto*, Porto, Officina Typographica do Hospital de Alienados do Conde de Ferreira, 1910, p. 405.

<sup>1285</sup> Idem, *ibidem*, pp. 405-406.

<sup>1286</sup> Santa Casa da Misericórdia do Porto, *Relatório dos Actos da Mesa da Santa Casa da Misericórdia do Porto*, Porto, Typographia de A. J. da Silva Teixeira, 1886, p. 203.

<sup>1287</sup> Santa Casa da Misericórdia do Porto, *Relatório dos Actos da Mesa da Santa Casa da Misericórdia do Porto*, Porto, Typographia de A. J. da Silva Teixeira, 1887, p. 319.

na distinção entre *doentes completamente perdidos e doentes regeneráveis*. Não se nega a necessidade de prestar auxílio aos doentes incuráveis, mas considera-se que o seu lugar não pertencia aos hospitais de alienados, nos quais se incluía o Hospital Conde de Ferreira, que deviam tratar exclusivamente de doentes *no estado agudo*, que beneficiassem com os cuidados clínicos que podiam ser ministrados. Devia assim proceder-se à transferência dos doentes incuráveis para as colónias agrícolas a criar, ficando o hospital portuense com apenas com os doentes curáveis *e todos a quantos exigem uma assistência enérgica, activa e contínua*<sup>1288</sup>.

É feita referência à hipótese já anteriormente considerada pelos responsáveis deste hospital em construir um anexo ao hospital para onde fossem canalizados os doentes incuráveis, libertando deste modo vagas para a população mais necessitada e fazer corresponder a realidade assistencial à génese do hospital. Todavia, dificuldades de âmbito económico não vão permitir a adoção desta solução.

Como consequência do elevado número de alienados incuráveis, que em 1891 rondava os dois terços da população, considerava-se que os serviços prestados pelo hospital eram menos valiosos<sup>1289</sup>.

Percebe-se a descrença na total realização da Lei Sena logo em 1891 quando se alude à construção do asilo no círculo do Norte que permitiria a remoção da população incurável tranquila do HCF e, consequentemente, iria possibilitar que o hospital se reerguesse *com mais proveito social, a toda a altura da sua missão de luta contra o flagelo da loucura*<sup>1290</sup>.

Inconformada com a não execução desta Lei, a Mesa da SCMP, na pessoa do Visconde de Castro Solla, irmão da Santa Casa e membro da Câmara Alta, vai procurar pressionar o poder político, tendo inclusivamente obtido um encontro com o Ministro do Reino *que recebera a representação com frases de muito interesse*<sup>1291</sup>. Também a visita

<sup>1288</sup> Santa Casa da Misericórdia do Porto, *Relatório dos Actos da Mesa da Santa Casa da Misericórdia do Porto*, Porto, Typographia de A. J. da Silva Teixeira, 1888, pp. 284-285.

<sup>1289</sup> Santa Casa da Misericórdia do Porto, *Relatório dos Actos da Mesa da Santa Casa da Misericórdia do Porto*, Porto, Typographia de António José da Silva Teixeira, 1891, p. 419. Neste sentido somos informados que *a população, que já não vive, nem póde reviver, merece todo o carinho, mas só como obra de humanidade e não como assumpto de clinica*. Santa Casa da Misericórdia do Porto, *Relatório dos Actos da Mesa da Santa Casa da Misericórdia do Porto*, Porto, Typographia de António José da Silva Teixeira, 1894, p. 370.

<sup>1290</sup> Enquanto a lei não se concretiza, o hospital funciona como que um asilo de inválidos. Santa Casa da Misericórdia do Porto, *Relatório dos Actos da Mesa da Santa Casa da Misericórdia do Porto*, Porto, Typ. a vapor de Arthur José de Souza & Irmão, 1901, p. 420.

<sup>1291</sup> Idem, *ibidem*, pp. 420-421.



oficial do mesmo Ministro à cidade do Porto terá sido aproveitada para reiterar a importância da execução da dita lei<sup>1292</sup>.

Mais tarde, a Mesa da SCMP terá também dirigido uma representação a El-Rei no sentido de solicitar verbas para que a própria Misericórdia construísse e instalasse o asilo para alienados no círculo do Norte, *ficando sendo um estabelecimentos da Misericórdia e por ella dministrado*<sup>1293</sup>. Na missiva enviada a Sua Majestade, atende-se à verdadeira função dos hospitais que consistiria na cura dos alienados enquanto nos asilos seriam recolhidos os doentes tidos por incuráveis, como se encontrava já preconizado pela Lei de 1889. Os asilos teriam como principal vantagem o facto de desaccumularem os hospitais de alienados existentes, libertando assim vagas para que fossem acolhidos alienados que efetivamente podiam curar-se da enfermidade que os acometia<sup>1294</sup>. A Misericórdia procurava assim um financiamento de 100 00\$000 reis para a construção de um asilo que poderia acolher até 200 alienados incuráveis, asilo esse que se situaria nos terrenos do HCF e cuja administração e sustentação ficaria também a cargo da SCMP, libertando o Estado deste encargo<sup>1295</sup>.

As pressões para com o governo são uma constante e a Misericórdia não se poupa a esforços para que este desse seguimento ao cumprimento da lei. Adriano Antero, vogal da Mesa e simultaneamente deputado, referiu-se na Câmara do Deputados a 26 de Maio de 1908, sobre esta temática, fazendo um resumo da lei supracitada, tendo requerido informações sobre o valor dos impostos arrecadados e o destino do mesmo lembrando o governo que a Misericórdia do Porto já se havia mostrado disponível para construir o asilo do círculo Norte mediante um financiamento de 100 000\$000 reis<sup>1296</sup>.

Considerava-se que seria benéfico que ambas as instituições, HCF e asilo a construir, ficassem sob a mesma administração, não olvidando que ia ao encontro do pensamento de Joaquim Ferreira dos Santos que, quando deixou o seu legado para auxílio dos doentes mentais, não teve em consideração qualquer distinção que no final do séc. XIX se fazia entre hospital e asilo<sup>1297</sup>.

---

<sup>1292</sup> Idem, *ibidem*, p. 421.

<sup>1293</sup> Santa Casa da Misericórdia do Porto, *Relatório dos Actos da Mesa da Santa Casa da Misericórdia do Porto*, Porto, Officina Typographica do Hospital de Alienados do Conde de Ferreira, 1902, p. 19.

<sup>1294</sup> Idem, *ibidem*, p. 20.

<sup>1295</sup> Idem, *ibidem*, pp. 20-21.

<sup>1296</sup> Santa Casa da Misericórdia do Porto, *Relatório dos Actos da Mesa da Santa Casa da Misericórdia do Porto*, Porto, Officina Typographica do Hospital de Alienados do Conde de Ferreira, 1907, pp. 152-153.

<sup>1297</sup> Santa Casa da Misericórdia do Porto, *Relatório dos Actos da Mesa da Santa Casa da Misericórdia do Porto*, Porto, Officina Typographica do Hospital de Alienados do Conde de Ferreira, 1902, p. 21.

A procura da Misericórdia portuense chamar a si a construção do asilo de alienados do círculo do Norte alicerçava-se também no facto de esta dispor de terrenos para a sua edificação, todavia a reduzida disponibilidade económica do HCF impossibilitava esta hipótese, propondo que o Estado disponibilizasse a verba e ficando a Misericórdia portuense responsável pela sua construção<sup>1298</sup>. Note-se que o terreno disponibilizado não se encontrava vedado e era alvo frequente de roubos de lenha aí acumulada por parte dos populares<sup>1299</sup>. Deste modo, podemos considerar que a Misericórdia do Porto beneficiaria duplamente com a utilização desses terrenos para a construção do asilo de alienados do Norte.

Mais tarde o apelo é dirigido à caridade para que auxilie a construção deste asilo *visto havermos perdido a esperança (...) de que o Estado cumpra honestamente o seu dever*. Acreditava-se que o fundo para alienados, criado pela lei de 1889, contava já com cerca de 600 000\$000 reis, mas as obras não avançavam<sup>1300</sup>. Paralelamente ao apelo à filantropia, é reforçada a ideia de dificuldades face a uma sociedade estigmatizante para com os doidos e também para com os surdos-mudos, condição à data *objecto d'irrisão e quantas vezes victimas de maus tratos*<sup>1301</sup>. No entanto, o apelo feito à população parece não surtir grande efeito pois a Mesa questiona-se a razão pela qual *o Hospital Conde de Ferreira não tem sido contemplado com legados, quando a sua missão é das mais santas, das mais elevadas e das mais sympathicas*<sup>1302</sup>.

A inércia do Estado em fazer cumprir o desenhado na Lei Sena origina inclusivamente discursos de conteúdo regionalista, considerando a Mesa que *que Lisboa monopoliza tudo, até a caridade*, já que os hospitais da capital não dispunham de dificuldades pois os cofres públicos financiavam-os, o que não acontecia com os hospitais do Porto<sup>1303</sup>. É mesmo referido que *o Porto não sympathiza nem confia na caridade oficial que é fria, cara e tardia, que não sente o grande prazer de aliviar os que sofrem, que não trabalha sem que a renumerem, que não anda porque lhe tohem os passos os processos*

<sup>1298</sup> Santa Casa da Misericórdia do Porto, *Relatório dos Actos da Mesa da Santa Casa da Misericórdia do Porto*, Porto, Typographia de António José da Silva Teixeira, 1894, p. 155.

<sup>1299</sup> Santa Casa da Misericórdia do Porto, *Relatório dos Actos da Mesa da Santa Casa da Misericórdia do Porto*, Porto, Typ. a vapor de Arthur José de Souza & Irmão, 1898, pp. 457-458.

<sup>1300</sup> Apesar da quantia ser elevada, outras portarias parecem ter surgido que beneficiaram outras entidades em desfavor da causa dos alienados plasmada na lei de 1889. Santa Casa da Misericórdia do Porto, *Relatório dos Actos da Mesa da Santa Casa da Misericórdia do Porto*, Porto, Typ. a vapor de Arthur José de Souza & Irmão, 1901, pp. 33-34.

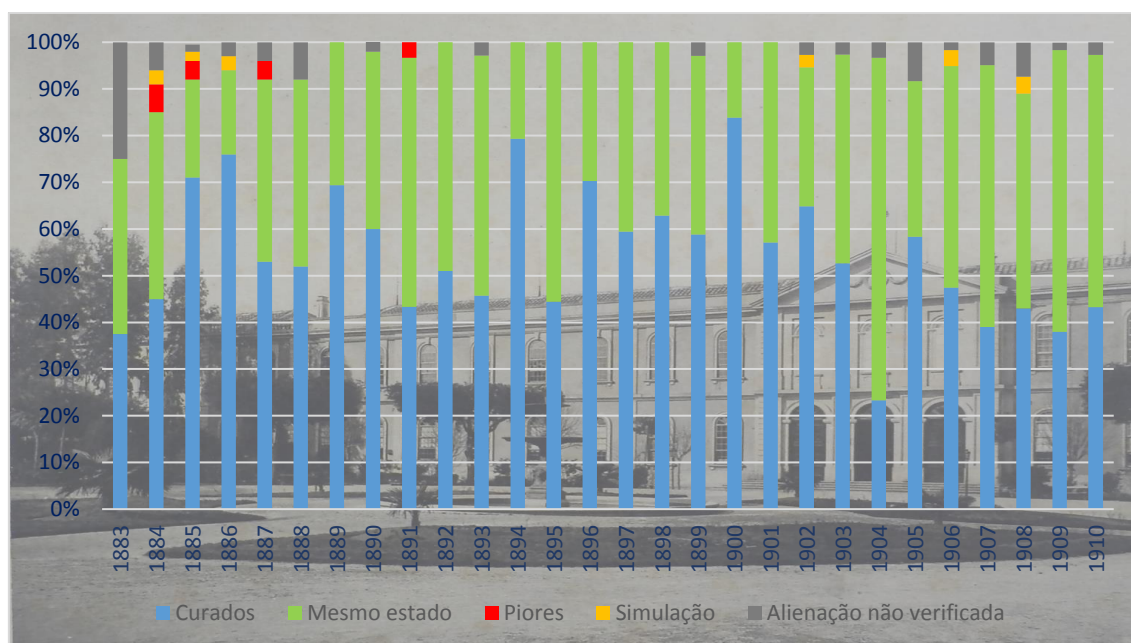
<sup>1301</sup> Idem, *ibidem*, pp. 35.36.

<sup>1302</sup> Santa Casa da Misericórdia do Porto, *Relatório dos Actos da Mesa da Santa Casa da Misericórdia do Porto*, Porto, Officina Typographica do Hospital de Alienados do Conde de Ferreira, 1902, p. 219.

<sup>1303</sup> Idem, *ibidem*, p. 214.

*burocráticos*<sup>1304</sup>. Outra forma de pressionar o Governo a cumprir o preconizado na Lei poderia passar pela realização, no Porto, de um congresso de beneficência que deveria ser protegido e presidido por Sua Majestade<sup>1305</sup>.

Gráfico n.º 15 – Relação entre doentes que saíram curados, no mesmo estado, piorados, que simularam a alienação ou cuja doença não se verificou no HCF entre 1883 e 1910.



Fonte: Gráfico construído com base em Santa Casa da Misericórdia do Porto, *Relatório dos Actos da Mesa da Santa Casa da Misericórdia do Porto* entre 1883 e 1910.

Pela leitura do gráfico anterior verificamos que, ao contrário do que se poderia pensar, nem sempre os doentes saíam curados da instituição sendo, que em alguns anos nem 50% dos doentes que abandonavam o hospital estavam considerados curados. Muitos doentes regressavam ao seu lar sem alterações relativamente aos sintomas que determinaram o seu internamento e outros, embora em reduzido número, chegavam a sair em pior estado do que quando foram admitidos. Esta situação pode derivar de uma série de fatores, a começar pela reduzida eficácia dos tratamentos instituídos no HCF. Não queremos, contudo, desacreditar os esforços empreendidos pelos clínicos da instituição que procuravam, com os meios existentes e à luz do conhecimento científico contemporâneo, curar os alienados. Porém, percebemos hoje que o tratamento das

<sup>1304</sup> Santa Casa da Misericórdia do Porto, *Relatório dos Actos da Mesa da Santa Casa da Misericórdia do Porto*, Porto, Officina Typographica do Hospital de Alienados do Conde de Ferreira, 1908, p. 454.

<sup>1305</sup> Santa Casa da Misericórdia do Porto, *Relatório dos Actos da Mesa da Santa Casa da Misericórdia do Porto*, Porto, Officina Typographica do Hospital de Alienados do Conde de Ferreira, 1902, p. 220.

doenças do foro mental envolve frequentemente o recurso a terapias que não se encontravam disponíveis na época sendo ainda relevante o número de patologias cuja curabilidade era reduzida, acabando os indivíduos por desenvolver doenças mentais crónicas. Deste modo, não nos admiramos que muitos dos alienados que saíam do HCF não estivessem dados como curados. Também as próprias famílias ou outros responsáveis pelo internamento dos doentes, solicitavam a sua saída, tendo em conta que tal era permitido pelo regulamento hospitalar e não significava que eles se encontrassem já curados, como podemos verificar através dos livros de admissão consultados. Notamos ainda que as questões económicas se podiam afigurar como justificações plausíveis, quer pela impossibilidade de os familiares custearem os tratamentos, quer pelo facto de por vezes o próprio alienado constituir, com o seu trabalho, o único rendimento do agregado familiar.

No que diz respeito aos casos de simulação e de alienação não verificada apuramos que estes eram residuais<sup>1306</sup>. Apesar de não termos conseguido identificar os doentes em causa e as motivações que estariam por detrás da tentativa de ludibriar os clínicos do HCF, consideramos que estas terão por base questões do foro económico, como aconteceu com Salgado D'Araújo que terá sido sequestrado pelo seu sócio, no início do séc. XX, sob pretexto de doença mental, podendo deste modo assumir o controlo total dos negócios que detinham em conjunto<sup>1307</sup>. Já António Maria de Sena referiu no seu primeiro relatório bianual que estes casos tinham como principais motivações a fuga ao serviço militar bem como a penas de prisão<sup>1308</sup>.

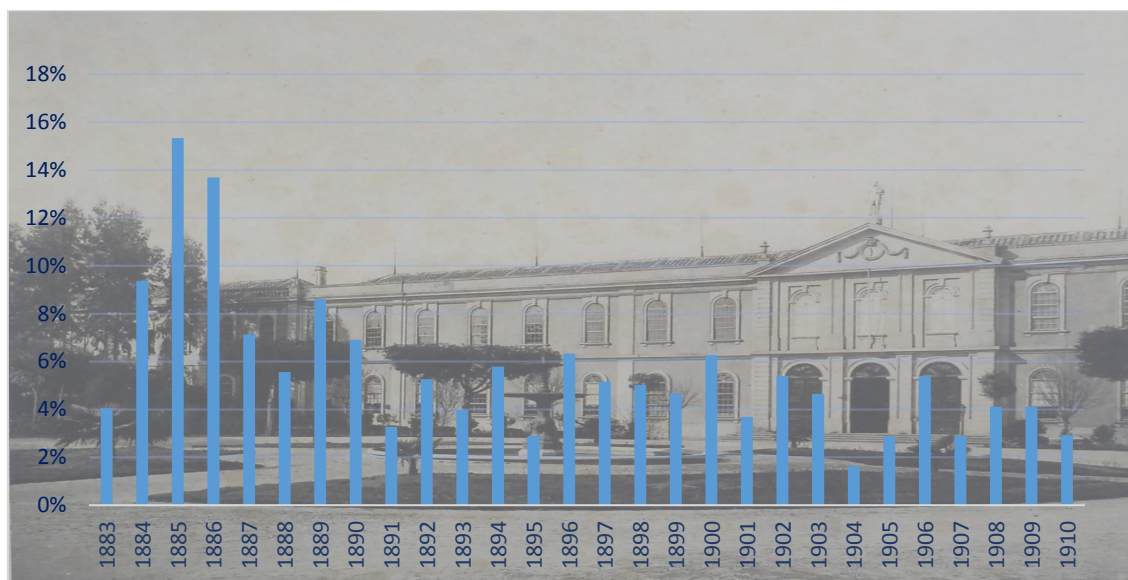
---

<sup>1306</sup> Em 1886 é-nos referenciada a existência de um caso de simulação de alienação, que o indivíduo *se viu obrigado a confessar*. Santa Casa da Misericórdia do Porto, *Relatório dos Actos da Mesa da Santa Casa da Misericórdia do Porto*, Porto, Typographia de A. J. da Silva Teixeira, 1886, p. 205.

<sup>1307</sup> Para um conhecimento cabal deste caso veja-se *Cárcere Privado em pleno século XX!...*, Lisboa, Imprensa Lucas, 1909.

<sup>1308</sup> António Maria de Sena, *Relatório do Serviço Médico e Administrativo do Hospital do Conde de Ferreira Relativo ao Primeiro Biennio (1883-1885)*, *Op. cit.*, p. 15.

Gráfico n.º 16 – Taxa de curabilidade no HCF entre 1883 e 1910.



Fonte: Gráfico construído com base em Santa Casa da Misericórdia do Porto, *Relatório dos Actos da Mesa da Santa Casa da Misericórdia do Porto* entre 1883 e 1910.

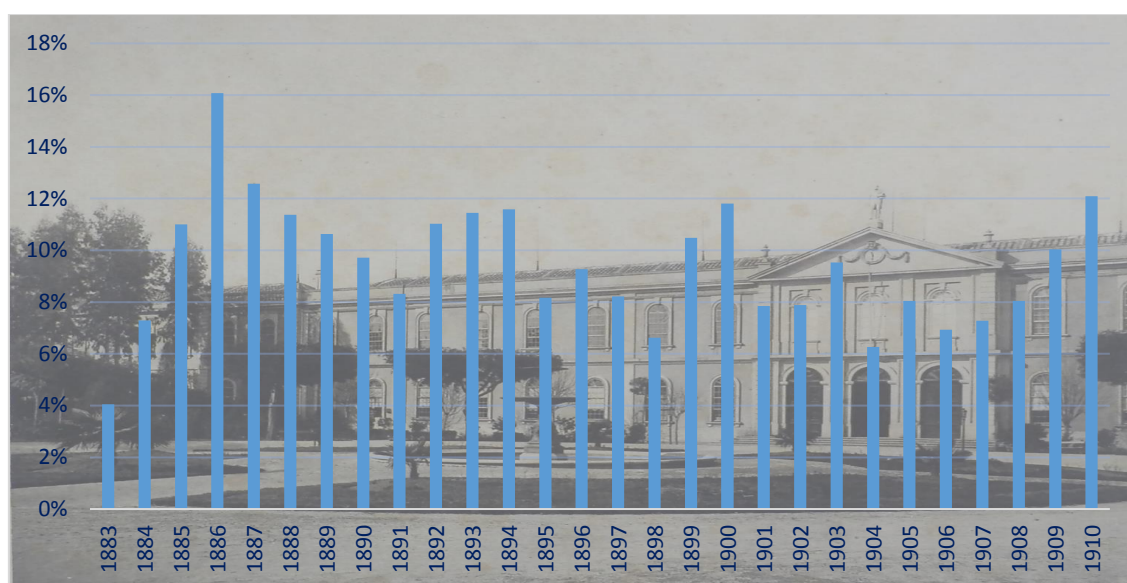
Através da leitura do gráfico anterior podemos concluir que a taxa de curabilidade no HCF no período em estudo apresenta valores pouco elevados, considerando que na maioria dos anos este indicador não alcançava os 6%. É importante referir que chegámos a este valor tendo em conta a população média existente e o número de alienados que, nesse mesmo período, abandonaram o hospital dados como curados. Optámos por não incluir os indivíduos tidos como melhorados pois consideramos que o objetivo que presidiu à abertura do HCF foi a cura de alienados e não a melhoria do seu estado psicopatológico.

Estes dados poderão apontar para uma reduzida eficácia dos tratamentos instituídos nesta unidade hospitalar todavia não podemos esquecer que muitos dos alienados aí internados eram considerados incuráveis pelo que esta estatística seria com certeza distinta caso pudéssemos ter em conta apenas os indivíduos com possibilidade de cura. No entanto, mesmo com a restrição à entrada de doentes incuráveis que se verificou no final do período em estudo, não encontramos alterações na taxa de curabilidade no entanto estamos em crer que o cumprimento desta disposição seria, no mínimo, deficitário pelo que não surpreende a inexistência de tradução gráfica neste indicador.

Embora a SCMP reconheça que as curas no HCF são reduzidas, estas são tidas como sólidas na medida em que alguns doentes conseguiram restabelecer completamente a sua vida após o internamento na instituição<sup>1309</sup>.

Sena considera que o mais importante da assistência hospitalar, aos olhos do senso comum, se prendia com as taxas de curabilidade. Dá o exemplo de um pai de família que comedido de uma *doença rapidamente mortal*, após alguns meses se deu como curado, voltando de novo para o seio da sua família. O autor refere-nos que *não vos iludeis, porém, senhores: estes casos não são raros*. Esta afirmação faz notar, por um lado, o provável ceticismo da sociedade relativamente a hipotéticas curas de alienados e, por outro, que tais resoluções não eram de todo raras. No entanto, o clínico alude à reincidência que parece ser frequente, justificando-a com *uma depreciação orgânica, congénita ou adquirida, que é a base d'essa doença*, pensamento em linha com a teoria da degenerescência, tão em voga na época<sup>1310</sup>.

Gráfico n.º 17 – Taxa de mortalidade no HCF entre 1883 e 1910.



Fonte: Gráfico construído com base em Santa Casa da Misericórdia do Porto, *Relatório dos Actos da Mesa da Santa Casa da Misericórdia do Porto* entre 1883 e 1910.

<sup>1309</sup> Santa Casa da Misericórdia do Porto, *Relatório dos Actos da Mesa da Santa Casa da Misericórdia do Porto*, Porto, Typographia de António José da Silva Teixeira, 1894, p. 372.

<sup>1310</sup> António Maria de Sena, *Benefícios Sociaes do Hospital Conde de Ferreira no 1º Triennio*, Op. cit., pp. 16-17.

Relativamente à taxa de mortalidade dos alienados no HCF podemos considerar que esta apresenta valores elevados tendo alcançado, em 1886, o valor de 16%<sup>1311</sup>. No relatório relativo a esse ano considera-se que taxa de mortalidade ascendeu a 12,1%, sendo esta justificada pelo elevado estado de deterioração característico da maioria dos doentes que dava entrada no hospital, associado ao elevado número de indivíduos incuráveis que permanecia na instituição até à sua morte<sup>1312</sup>. No ano seguinte opera-se uma diminuição deste indicador para os 9,5%, sendo de 8,3% nas mulheres e de 10,4% nos homens. A justificação dada para esta disparidade consiste no facto de as mulheres serem menos impressionáveis com a clausura<sup>1313</sup>. Não nos foi possível encontrar uma justificação para a discrepância dos valores da taxa de mortalidade apurados, todavia, tendo em conta que uma elevada taxa de mortalidade não favorecia a imagem da instituição, parece-nos plausível que a direção calculasse este indicador de forma que fosse mais favorável ao hospital. Deste modo a sociedade consideraria mais facilmente a hipótese de colocar os seus alienados nos hospitais especializados.

Apesar de elevados, estes valores não nos surpreendem tendo em consideração as características da população alienada internada, sobretudo dada a incurabilidade da sua doença que prolongava a sua permanência no hospital e que, consequentemente, favorecia o surgimento de doenças intercorrentes, a provável causa da morte de muitos dos alienados<sup>1314</sup>. Infelizmente não encontrámos quais as causas que determinaram a morte dos alienados, o que poderia constituir uma importante ferramenta para a caracterização do estado de saúde da população internada<sup>1315</sup>.

Nota ainda para a frequência de casos de tuberculose na população alienada, bem como a facilidade de propagação da doença face ao frequente contacto entre os doentes que era também motivo de preocupação do diretor clínico. Como medida provisória para combater este problema, definiu-se que na 7.<sup>a</sup> enfermaria de cada divisão sexual fossem adaptados alguns quartos para receber estes doentes. Esta adaptação consistia num revestimento do soalho e das paredes que fosse facilmente desinfetável, sendo também

---

<sup>1311</sup> O valor da taxa de mortalidade foi calculado tendo em conta o número de mortes ocorridas e a média de doentes internados num determinado ano.

<sup>1312</sup> Santa Casa da Misericórdia do Porto, *Relatório dos Actos da Mesa da Santa Casa da Misericórdia do Porto*, Porto, Typographia de A. J. da Silva Teixeira, 1887, p. 205.

<sup>1313</sup> Em forma de conclusão, o autor refere que *esta diferença (...) formou para mim uma lei que me parece incontestável*. Idem, *ibidem*, p. 334.

<sup>1314</sup> No seu primeiro relatório Sena corrobora com esta opinião. António Maria de Sena, *Relatório do Serviço Medico e Administrativo do Hospital do Conde de Ferreira Relativo ao Primeiro Biennio (1883-1885)*, *Op. cit.*, p. 99.

<sup>1315</sup> Nos processos que tivemos a possibilidade de analisar encontramos com alguma frequência, como causa da morte, *apareceu morto*.

colocada uma grade no corredor comum que limitaria o contacto físico entre os alienados tuberculosos e os outros doentes. Todavia julgava-se que a melhor solução seria mesmo contruir um sanatório nos terrenos do hospital bem como a adaptação do hospital-barraca para acolher estes doentes<sup>1316</sup>.

São também notórias as preocupações que a direção clínica demonstrava com as epidemias que assolavam a cidade do Porto, que justificavam a adoção de medidas excepcionais para que não afetassem a população hospitalar, como aconteceu em 1900 onde foram tomadas iniciativas que visavam o isolamento da instituição nomeadamente a suspensão de visitas<sup>1317</sup>.

Ao longo do período estudado verificamos que o HCF foi aumentando consideravelmente a sua atividade assistencial e que tal só não foi mais evidente fruto do elevado número de doentes incuráveis que se foram acumulando nas suas instalações. A população hospitalar ia sofrendo uma renovação, não só fruto da cura dos seus doentes como seríamos levados a pensar mas sim fruto de uma taxa de mortalidade que assume números muito significativos.

---

<sup>1316</sup> Santa Casa da Misericórdia do Porto, *Relatório dos Actos da Mesa da Santa Casa da Misericórdia do Porto*, Porto, Typ. a vapor de Arthur José de Souza & Irmão, 1899, pp. 388-389.

<sup>1317</sup> Santa Casa da Misericórdia do Porto, *Relatório dos Actos da Mesa da Santa Casa da Misericórdia do Porto*, Porto, Typ. a vapor de Arthur José de Souza & Irmão, 1900, p. 290.



## 6 – Dos recursos terapêuticos utilizados

*Os alienados curam junto de nós  
e ter-se-hiam tornado incuráveis em casa*<sup>1318</sup>.

Em consonância com outras instituições de acolhimento de alienados na europa, no Hospital Conde de Ferreira o plano terapêutico a que os doentes estavam sujeitos tinha como principais vetores orientadores o tratamento moral e o tratamento físico. No âmbito do tratamento físico, a terapia que mais frequentemente parece ter sido usada foi a hidroterapia, paralelamente à utilização dos recursos farmacológicos disponíveis. No que concerne ao tratamento moral, destacava-se o recurso à ergoterapia nas várias oficinas existentes, assim como o isolamento do alienado do seu meio ambiente, que consistia, só por si, um meio de tratamento. Optámos também por incluir neste capítulo algumas notas sobre a alimentação dos alienados pois, embora esta não fosse determinante no processo terapêutico era tida como coadjuvante neste processo.

Infelizmente, as fontes disponíveis não nos permitem traçar um quadro completo relativo a todos os aspetos que envolvem a instituição de meios terapêuticos no HCF, bem como os resultados dos mesmos. Todavia, encontramos algumas pistas nos livros de admissão consultados e nos relatórios anuais da SCMP que nos permitem avaliar o desenvolvimento das oficinas existentes. No primeiro relatório bianual elaborado por António Maria de Sena são também frequentes as menções às terapias utilizadas, embora se refiram a um período cronológico reduzido.

Não podemos também deixar de abordar algumas medidas de âmbito profilático que Júlio de Matos considerava importantes. Assim, podiam ser tomadas medidas de âmbito causal e educativo ou higiénico. No que se refere às medidas causais, destaca-se a necessidade de evitar que indivíduos degenerados e predispostos constituíssem família. No entanto, o autor não embarcava, como referido anteriormente, em leis restritivas do casamento entre alienados. Do ponto de vista educativo ou higiénico, considerava que, sendo o indivíduo predisposto, deveria haver uma intervenção no sentido de combater as causas determinantes, em especial durante a infância e puberdade do indivíduo<sup>1319</sup>.

Nos diversos documentos analisados percebemos que as comparações com o Hospital de Rilhafoles são muito frequentes e sempre pautadas por discursos que se

<sup>1318</sup> Júlio de Matos, *Elementos de Psychiatria, Op. cit.*, pp. 168-169.

<sup>1319</sup> Idem, *ibidem*, pp. 164-165.

preocupam em mostrar uma superioridade do hospital portuense face ao congénere de Lisboa. Os cuidados prestados aos alienados no Hospital Conde de Ferreira são inclusivamente tidos como influenciadores de alterações no trato destes doentes em Rilhafoles<sup>1320</sup>. Entendemos aqui algumas incongruências discursivas na medida em que, na década de 80, o hospital lisboeta se encontrava estagnado do ponto de vista terapêutico e Sena mostrou-se muito crítico para com os métodos aí utilizados. Apenas em 1892, com a direção de Miguel Bombarda, podemos considerar que existiram melhorias significativas naquele hospital. Deste modo percebemos que nem sempre os argumentos utilizados para justificar o ascendente do hospital portuense correspondem à realidade.

---

<sup>1320</sup> O autor considera que o *governo do Estado despertou do letargo, que é habitual em quem se encarrega de dirigir os negócios públicos*. Santa Casa da Misericórdia do Porto, *Relatório dos Actos da Mesa da Santa Casa da Misericórdia do Porto*, Porto, Typographia de A. J. da Silva Teixeira, 1886, p. 191.

## 6.1 – O tratamento físico

*A água foi em todos os tempos um dos agentes physicos mais empregados no tratamento da loucura*<sup>1321</sup>.

A água era um dos principais agentes que intervinham no tratamento dos alienados, sendo a hidroterapia aplicada de forma generalizada e unânime nos estabelecimentos europeus da especialidade. A sua importância fica patente nas declarações de António Maria de Sena quando nos informa que não aceitaria dirigir um hospital de alienados caso este não dispusesse de um estabelecimento hidroterápico adequado<sup>1322</sup>.

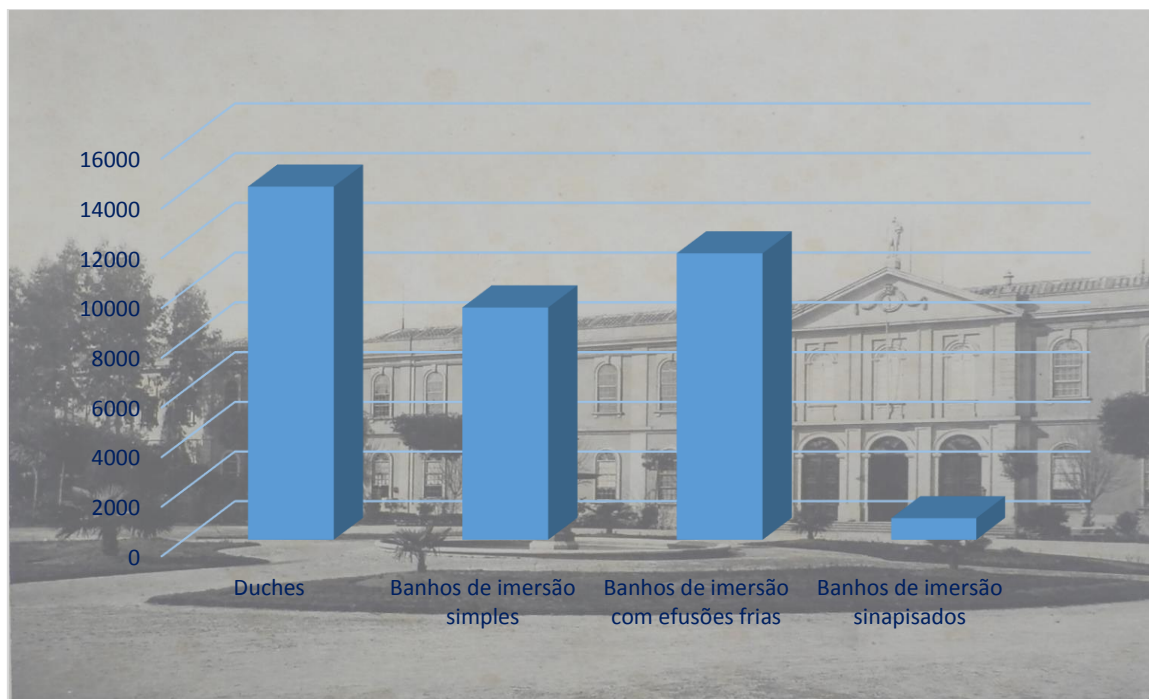
Júlio de Matos considerava que a prática balnear era universalmente adotada tendo sido elevada a duração desses mesmos banhos, para várias horas ou mesmo dias e semanas. Note-se que alguns alienistas consideravam este processo como um meio contentivo, que substituíra o colete-de-forças, e não um meio de cura propriamente dito<sup>1323</sup>. Tendo em conta que muitos doentes se encontravam com elevados níveis de agitação era com certeza imperativo reduzi-los. Se anteriormente eram utilizados meios de contenção como o colete-de-forças percebe-se que a sociedade e a ciência tenham evoluído no sentido de encontrar soluções para, diminuindo cada vez mais o desconforto que estes métodos causavam no doente, resolver os estados de profunda inquietação dos doentes que poderiam ser prejudiciais para si e para a restante população internada. Mesmo na atualidade, com o advento da farmacologia, autores há que consideram que esta configura uma nova forma de contenção. Não negamos estes pontos de vista todavia, consideramos que os meios de contenção da agitação do doente são imprescindíveis para a sua segurança, pelo que a evolução dos mesmos deve ocorrer no sentido de se procurarem métodos cada vez menos prejudiciais para os doentes.

<sup>1321</sup> Júlio de Matos, *Elementos de Psychiatria*, Op. cit., p. 178.

<sup>1322</sup> António Maria de Sena, *Relatório do Serviço Medico e Administrativo do Hospital do Conde de Ferreira Relativo ao Primeiro Biennio (1883-1885)*, Op. cit., p.68.

<sup>1323</sup> O autor diz-nos que *por todo esse tempo a banheira é a habitação do doente que lá dorme e se alimenta*. Júlio de Matos, *Elementos de Psychiatria*, Op. cit., p. 178.

Gráfico n.º 18 – Utilização dos recursos hidroterápicos ente 1 de Dezembro de 1883 e 30 de Junho de 1885 no HCF.



Fonte – Gráfico construído com base em António Maria de Sena, *Relatório do Serviço Medico e Administrativo do Hospital do Conde de Ferreira Relativo ao Primeiro Biennio (1883-1885)*, Op. cit., p.68.

Nos primeiros anos de funcionamento podemos concluir que a hidroterapia era aplicada com alguma regularidade atendendo aos dados que Sena nos fornece. Cerca de 60 % das aplicações hidroterápicas diziam respeito a banhos, sendo os banhos simples e com efusões frias os mais frequentemente utilizados. Já os banhos sinapizados<sup>1324</sup> eram utilizados em número muito menor muito por culpa da sua indicação terapêutica se restringir a indivíduos melancólicos e hipocondríacos. No que respeita aos banhos com efusões frias, a sua utilização estava indicada nos casos de agitação dos doentes na medida em que se proporcionava uma descida da temperatura encefálica, que nestes casos se encontrava alterada, diminuindo assim o estado de agitação psicomotora do alienado<sup>1325</sup>.

<sup>1324</sup> Estes banhos caracterizavam-se pela aplicação local de água, envolvendo movimentos de fricção dos órgãos.

<sup>1325</sup> António Maria de Sena, *Relatório do Serviço Medico e Administrativo do Hospital do Conde de Ferreira Relativo ao Primeiro Biennio (1883-1885)*, Op. cit., p.69.

Tabela n.º 2 – Algumas práticas hidroterápicas e suas características.

Prática hidroterápica	Especificações	Indicação terapêutica	Função terapêutica
Banhos frios de imersão	Temperatura da água devia ser entre os 10 a 12°C.	Mania aguda, melancolia ansiosa, alcoolismo, delírio agudo	
Banhos Sinapizados		Melancolia estúpida	Atuam como revulsivos
Banhos sulfurosos		Coreia	
Duche tépido	Deve ser suficientemente prolongado	Mania e melancolia ansiosa	Resultados semelhantes ao banho de imersão
Duche frio	Pouco demorado	Casos de grande agitação	Efeitos sedantes
Duche escocês	Sucessão de jatos quentes e frios	Melancolia (com ou sem delírio), mania crónica, paranoia de longa duração, histeria	Dupla função de calmar a excitação cerebral e ativar-lhe os processo tróficos

Fonte: Tabela construída com base em Júlio de Matos, *Elementos de Psychiatria*, Op. cit, pp. 178.

Os tratamentos hidroterápicos já eram instituídos no HSA, como pudemos verificar pelos livros de admissão que registaram a entrada dos primeiros doentes provenientes do hospital geral, através dos quais somos informados que estas terapias, juntamente com práticas de homeopatia, apresentavam bons resultados, embora não sejamos informados se eram utilizadas em conjunto ou de forma independente uma da outra. No entanto não podemos deixar de nos questionar sobre a veracidade destas afirmações se tivermos em conta as descrições que Sena nos fez sobre as condições que os alienados encontravam no porão do Hospital de Santo António.

A importância da casa de banhos, onde era administrada a hidroterapia, é atestada pelas frequentes obras de que foi alvo ao longo do período em estudo. Assim, em 1891 houve a necessidade de se proceder à reparação da caldeira de banhos, tendo o conserto

ascendido a 160\$000 reis<sup>1326</sup>. No entanto, cinco anos mais tarde, esta dependência encontrava-se em deploráveis condições *não podendo desempenhar a sua importantíssima e indispensável função therapeutica*<sup>1327</sup>.

Os problemas de abastecimento de água na casa de banhos parecem ser recorrentes<sup>1328</sup> e eram de tal modo graves que se considerava que esta nunca havia atingido a regularidade assistencial, fruto de um abastecimento de água insuficiente e uma canalização imperfeita<sup>1329</sup>. As obras da canalização estavam terminadas em 1901 e possibilitaram que a canalização desta dependência fosse autónoma do restante edifício, permitindo uma pressão constante da água, o que não acontecia anteriormente<sup>1330</sup>. Todavia a ineficiente canalização da água quente não permitia uma utilização cabal da casa de banhos, nomeadamente no que se refere à administração de *douches escocezes*<sup>1331</sup>.

Em 1902 equaciona-se a construção de uma nova casa de banhos gerais que deveria conter salas de espera para ambos os sexos, gabinete médico, farmácia, gabinetes de banhos ordinários, banhos para agitados e banhos sulfurosos, sala de hidroterapia com os respetivos gabinetes ou vestiários, gabinete de pulverização, duches nasais, duches vaginais e duches ascendentes<sup>1332</sup>. No entanto, posteriormente, considerou-se que a melhor localização para a nova casa de banhos seria junto à antiga despensa pelo que se optou por contruir uma nova cozinha e despensa aproveitando para a hidroterapia as antigas instalações da cozinha<sup>1333</sup>. As novas instalações da cozinha estariam prontas em 1906 tendo ocorrido uma adaptação das anteriores dependências para uma nova casa de banhos<sup>1334</sup>.

---

<sup>1326</sup> Santa Casa da Misericórdia do Porto, *Relatório dos Actos da Mesa da Santa Casa da Misericórdia do Porto*, Porto, Typographia de António José da Silva Teixeira, 1891, pp. 76-77.

<sup>1327</sup> Santa Casa da Misericórdia do Porto, *Relatório dos Actos da Mesa da Santa Casa da Misericórdia do Porto*, Porto, Typ. a vapor de Arthur José de Souza & Irmão, 1896, p. 250.

<sup>1328</sup> É-nos referido que *uma outra obra a fazer (...) é a de um encanamento especial de agua fria e quente para as casas de banhos. Como actualmente funcionam, ellas não satisfazem as necessidades de uma hydroterapia regular, por isso que não póde fazer-se alternar um jacto de agua fria com outro de agua quente e não póde mesmo contar-se com uma invariavel pressão d'agua, fria ou quente, durante os banhos. Todas as vezes que uma torneira se abre, a pressão diminue e este facto traduz-se imediatamente na menor impulsão do jacto que o doente recebe, e que, assim, está variando constantemente*. Idem, *ibidem*, p. 252.

<sup>1329</sup> Santa Casa da Misericórdia do Porto, *Relatório dos Actos da Mesa da Santa Casa da Misericórdia do Porto*, Porto, Typ. a vapor de Arthur José de Souza & Irmão, 1898, p. 455.

<sup>1330</sup> Santa Casa da Misericórdia do Porto, *Relatório dos Actos da Mesa da Santa Casa da Misericórdia do Porto*, Porto, Typ. a vapor de Arthur José de Souza & Irmão, 1901, pp. 208-209.

<sup>1331</sup> Idem, *ibidem*, p. 209.

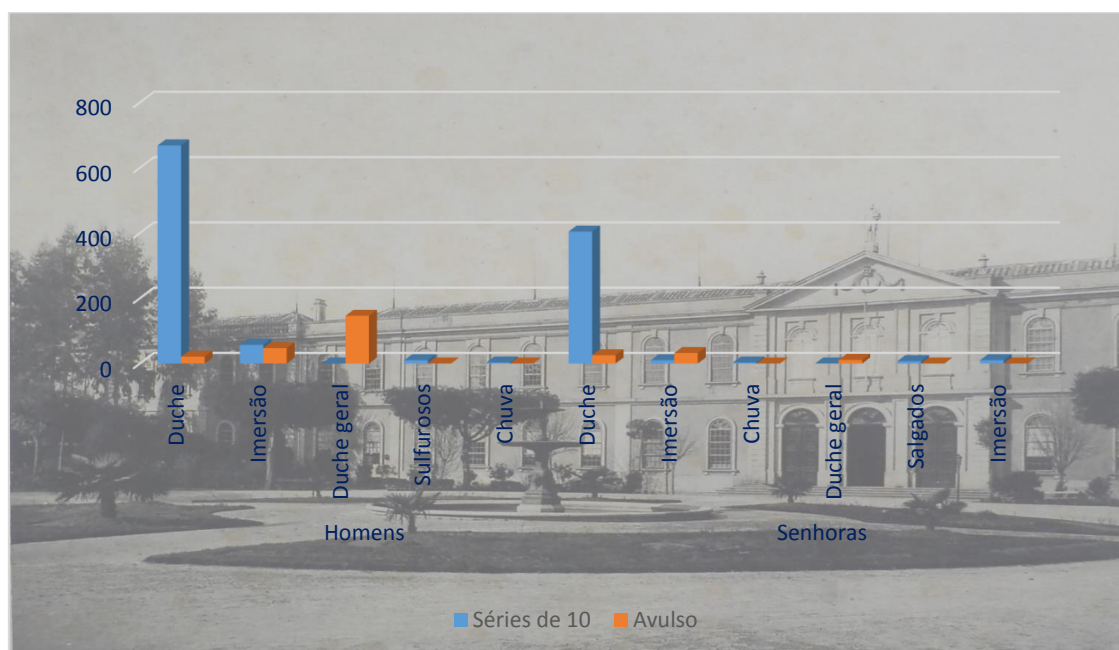
<sup>1332</sup> Santa Casa da Misericórdia do Porto, *Relatório dos Actos da Mesa da Santa Casa da Misericórdia do Porto*, Porto, Officina Typographica do Hospital de Alienados do Conde de Ferreira, 1902, p. 135.

<sup>1333</sup> Idem, *ibidem*, p. 133.

<sup>1334</sup> Santa Casa da Misericórdia do Porto, *Relatório dos Actos da Mesa da Santa Casa da Misericórdia do Porto*, Porto, Officina Typographica do Hospital de Alienados do Conde de Ferreira, 1906, p. 233.

No ano seguinte encontrava-se já a funcionar esta nova dependência *instalada em magnificas condições, com os aparelhos necessários para todas as aplicações hydrotherapicas, e com gabinetes confortáveis*. De referir é também a abertura desta dependência a pessoas externas que pagavam uma módica quantia para aceder a estes serviços<sup>1335</sup>.

Gráfico n.º 19 – Banhos administrados no HCF a pessoas externas ao hospital entre 1907 e 1910.



Fonte: Gráfico construído com base em Santa Casa da Misericórdia do Porto, *Relatório dos Actos da Mesa da Santa Casa da Misericórdia do Porto* entre 1907 e 1910.

O gráfico anterior mostra-nos que indivíduos de ambos os sexos podiam usufruir dos serviços hidroterápicos do HCF sendo que os duches eram aqueles mais frequentemente solicitados por parte da população. No entanto, de forma residual, eram aplicados banhos de imersão, sulfurosos e salgados. Como podemos verificar no anexo n.º 24, a administração destes banhos rendeu ao hospital a quantia de 3 886\$000 reis.

A importância desta dependência originou uma proposta de criação de lugares de *douchem* e *doucheme*, pois considerava-se que esta função não devia ser assegurada por chefes de outras repartições devido ao prejuízo que daí advinha. Esta proposta foi atendida a 16 de Abril de 1910, devendo os duchistas contratados auferirem igual

<sup>1335</sup> Tal prática acontecia também no HSA. Santa Casa da Misericórdia do Porto, *Relatório dos Actos da Mesa da Santa Casa da Misericórdia do Porto*, Porto, Officina Typographica do Hospital de Alienados do Conde de Ferreira, 1907, p. 346.

ordenado ao dos enfermeiros e, quando ficasse concluída a época de duches, prestariam serviço nas enfermarias<sup>1336</sup>.

A prática da hidroterapia marítima parece ser residual. Apenas encontramos registo de, em 1894, terem sido despendidos 120\$000 reis em banhos de mar aos alienados<sup>1337</sup>.

A farmácia do HCF encontrava-se dependente da sua congénere existente no HSA, sendo no hospital geral que eram aviadas grande parte das receitas que eram prescritas para os alienados. No entanto, a importância desta dependência justificava a existência de um farmacêutico e de um ajudante<sup>1338</sup>.

Dada a insuficiência de registos relacionados com a terapêutica farmacológica administrada aos alienados no período em estudo, restou-nos recorrer aos livros de admissão consultados, onde se encontram algumas notas relativas aos tratamentos efetuados aos doentes, assim como à obra de Júlio de Matos onde este alude às terapias farmacológicas que se deviam instituir no plano terapêutico dos doentes. Embora não tenhamos a certeza que fossem aplicadas na sua totalidade, tendo em conta que nos processos consultados aparecem referenciados um reduzido número de fármacos, o facto de o seu diretor as referenciar na sua obra é motivo suficiente para considerarmos a possibilidade da sua inclusão no tratamento dos alienados. Júlio de Matos alude à utilização de terapêuticas farmacológicas com efeitos purgantes, hipnóticos e calmantes, calmantes, tónicos, antiperiódicos e estimulantes, embora não nos explique de forma cabal qual a forma, função terapêutica e indicação diagnóstica de todos os agentes farmacológicos.

---

<sup>1336</sup> Santa Casa da Misericórdia do Porto, *Relatório dos Actos da Mesa da Santa Casa da Misericórdia do Porto*, Porto, Officina Typographica do Hospital de Alienados do Conde de Ferreira, 1910, pp. 114-115.

<sup>1337</sup> Santa Casa da Misericórdia do Porto, *Relatório dos Actos da Mesa da Santa Casa da Misericórdia do Porto*, Porto, Typ. De Arthur José de Souza e Irmão, 1895, p. 300. As especificidades da Hidroterapia marítima são abordadas de forma exaustiva por Luís Pereira da Costa. Veja-se: Luís Pereira da Costa, *Op. cit.*

<sup>1338</sup> O primeiro farmacêutico foi Joaquim António da Cunha. Livro de actas da Mesa da Santa Casa da Misericórdia do Porto, Banco 8º, n.º 26, p. 156.



Tabela n.º 3 – Agentes farmacológicos passíveis de utilização em alienados.

Agente farmacológico	Forma terapêutica	Função terapêutica	Indicação diagnóstica
Ópio	Tintura		Melancolia
Morfina	Injeção hipodérmica		Melancolia
Sulfonal		Hipnótico	
Veronal		Hipnótico	
Trional		Hipnótico	
Bromidia		Hipnótico	
Hidrato de cloral		Hipnótico	
Brometos alcalinos		Calmante	
Trinitina		Calmante	
Hioscina	Injeção subcutânea	Calmante	
Duboisina	Injeção subcutânea	Calmante	
Preparações ferruginosas		Tónico	Depressão
Amargos		Tónico	Depressão
Arsénico		Tónico	Depressão
Cacodilato de sódio	Injeção hipodérmica	Tónico	Depressão
Fosfatos de Cal		Tónico	Depressão
Lecitina		Tónico	Depressão
Café		Estimulante	Astenia
Chá		Estimulante	Astenia
Álcool		Estimulante	Astenia
Kola		Estimulante	Astenia
Cafeína	Injeções subcutâneas	Estimulante	Astenia
Éter	Injeções subcutâneas	Estimulante	Astenia
Sais de quina		Antiperiódicos	Psicoses cíclicas
Atropina		Antiperiódico	Psicoses cíclicas

Fonte: Tabela construída com base em Júlio de Matos, *Elementos de Psychiatria*, pp. 185-188.

Os processos consultados referenciam frequentemente o uso do brometo de potássio. A função deste agente era, graças à diminuição da temperatura e descongestionamento do cérebro, atenuar o grau de excitação do doente. Outros agentes com funções sedativas e hipnóticas, como o ópio, parecem ter sido utilizadas com alguma regularidade em casos de agitação extrema.

Muitos dos doentes internados no início de funcionamento do hospital encontravam-se muito magros, provavelmente subnutridos e o seu estado geral era descrito como *mau*. Perante estes casos seria administrada medicação estimulante, utilizando-se frequentemente o álcool, a cafeína e o chá a par de uma alimentação nutritiva. Encontramos frequentemente registos que nos informam de uma melhoria do estado geral do doente apesar do seu estado mental se manter inalterado o que nos transporta para uma certa eficácia destas medidas de carácter estimulante.

Outras terapêuticas muito utilizadas nestes doentes eram os purgantes que tinham como objetivo aliviar os problemas de *constipação*<sup>1339</sup> frequentemente referenciados.

A farmácia do Hospital Conde de Ferreira, do ponto de vista económico, era tida como pouco rentável na medida em que o seu serviço era destinado quase na sua totalidade às dependências hospitalares. Tal circunstância leva mesmo a SCMP a indagar sobre as vantagens da abertura deste serviço à comunidade considerando que o número de receitas aviadas para o exterior do hospital era muito diminuto e muitas delas eram aviadas pelos próprios funcionários do hospital. O reduzido lucro deste serviço era ainda diluído pela necessidade de aviar junto da farmácia do Hospital de Santo António um elevado número de receituário com consequente necessidade de recursos humanos<sup>1340</sup>.

Em 1894 propôs-se que o HCF se abastecesse diretamente junto das casas produtoras de medicamentos, mas tal proposta foi rejeitada pela Mesa a 9 de novembro de 1894, continuando o HCF a abastecer-se no depósito do HSA de todos os medicamentos, excetuando se o seu preço fosse superior ou a qualidade inferior ao que se praticava junto de outros fornecedores<sup>1341</sup>.

Júlio de Matos refere-nos que cada vez mais se empregava o alectuamento, que também seria aplicado em Portugal nos casos de melancolia. No entanto alguns desses

<sup>1339</sup> Na atualidade designamos este sintoma por obstipação.

<sup>1340</sup> Santa Casa da Misericórdia do Porto, *Relatório dos Actos da Mesa da Santa Casa da Misericórdia do Porto*, Porto, Typographia de António José da Silva Teixeira, 1885, p. 97.

<sup>1341</sup> Santa Casa da Misericórdia do Porto, *Relatório dos Actos da Mesa da Santa Casa da Misericórdia do Porto*, Porto, Typ. De Arthur José de Souza e Irmão, 1895, pp. 288-289.

benefícios advinham da *posição horizontal em que os doentes se conservam e que naturalmente favorece a circulação do cérebro*<sup>1342</sup>. Apesar da menção efetuada a este recurso terapêutico, nos registos consultados não encontramos qualquer referência ao mesmo.

Assumimos a possibilidade de se terem encetado tratamentos de carácter cirúrgico dada a aquisição, como referido anteriormente, de material para o bloco operatório em 1904 e da contratação de um cirurgião. Também Júlio de Matos nos fala da existência de métodos cirúrgicos como a craniotomia, a trepanação e a punção lombar embora nem todos com os efeitos esperados<sup>1343</sup>. Todavia não conseguimos encontrar pistas que nos afirmem a inequívoca utilização destes tratamentos no período estudado.

Júlio de Matos fala também da possibilidade de se encetarem tratamentos no âmbito da psicoterapia. Estes consistiam na sugestão em vigília e na sugestão hipnótica. No caso da sugestão em vigília, cujos resultados seriam importantes em alienados afetados de melancolia simples ou de obsessões, o autor faz notar que este sucesso em muito estava dependente das qualidades do médico, não sendo *possível estabelecer de um modo geral as suas regras*. Já a sugestão hipnótica seria apenas aplicável em casos de histeria. No entanto, Júlio de Matos refere-nos que, na sua prática clínica a maioria dos alienados se apresentavam como pouco suscetíveis ao hipnotismo.

O tratamento físico ao qual os alienados se encontravam sujeitos não era já composto pela aplicação de sanguessugas e baseado na teoria dos humores, sendo assim alicerçado nos preceitos científicos contemporâneos. No entanto, apesar do reduzido número de processos consultados, parece-nos que os agentes farmacológicos utilizados eram pouco diversificados, apesar de Júlio de Matos nos referenciar na sua obra uma série de outros produtos passíveis de auxiliar os tratamentos instituídos.

---

<sup>1342</sup> Júlio de Matos, *Elementos de Psychiatria*, Op. cit., p. 180.

<sup>1343</sup> Idem, *ibidem*, pp. 180-181.

## 6.2 – O tratamento moral

*A assistência manicomial moderna assenta fundamentalmente na ocupação dos alienados: em primeiro lugar como meio terapêutico e de readaptação social, em segundo lugar como uma possível fonte de receita susceptível de aliviar as despesas gerais de assistência*<sup>1344</sup>.

O isolamento dos doentes do seu meio ambiente era tido como o primeiro passo no seu processo curativo. Notamos aqui que uma das principais características que devia assistir aos hospitais de alienados dizia respeito ao seu afastamento dos centros urbanos, pois só assim se poderia implementar esta medida com efeitos satisfatórios. Neste âmbito, Bernardino António Gomes havia criticado algumas instituições, como o Hospital de Bade-Bade, instituído na malha urbana da cidade<sup>1345</sup>, e teceu elogios a outros hospitais, como o asilo de Hanwell, em Inglaterra, que se situava numa zona rural<sup>1346</sup>, o que atesta a importância deste preceito terapêutico.

Recordemos também que as inovações paradigmáticas apresentadas por Pinel no seu *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale ou la manie* introduziram uma nova abordagem terapêutica no trato com os alienados. Neste novo paradigma a punição e sujeição não tinham lugar, sendo proposta a instituição de um tratamento moral que tinha como requisito indispensável o isolamento do alienado do seu âmbito sócio-familiar, protegendo-o das vicissitudes da sua existência normal, por considerar que estas poderiam agravar ainda mais o estado de alienação mental. Este meio era substituído por um ambiente dominado por uma série de regras racionais que ditavam o curso do seu quotidiano. Atente-se também para a importância do combate à ociosidade através da instituição de ocupações estruturadas<sup>1347</sup>.

Também Magnan considerava que, numa fase inicial, se impunha a subtração do alienado ao seu meio habitual, sendo considerado o isolamento como o meio terapêutico mais poderoso. No entanto, para maximizar este efeito positivo seria necessário que fossem cumpridos uma série de pressupostos<sup>1348</sup>. Este autor afirma que o meio familiar não se mostrava adequado pois constituía fonte de excitação para o doente, os familiares não se mostravam capazes nem dispunham de autoridade para proteger o alienado de si

<sup>1344</sup> José de Matos Sobral Cid, “Reforma e actualização da assistência psiquiátrica em Portugal”, *Op. cit.*, p. 117.

<sup>1345</sup> Bernardino António Gomes, *Op. cit.*, p. 44.

<sup>1346</sup> *Idem, ibidem*, p. 88.

<sup>1347</sup> Adrián Gramary, *Op. cit.*, p.

<sup>1348</sup> Magnan Valentin, *Op. cit.*, p. 40.

mesmo nem dos outros e, por outro lado, muitas destas doenças tinham uma transmissão hereditária. Esta mudança de ambiente era sobretudo aconselhada nas manias, na melancolia, sobretudo quando acompanhada de grande angústia, tendências suicidas ou atividade delirante. Já os alienados crónicos ou os degenerados delirantes podiam ser mantidos no seu meio ambiente, sujeitos a uma liberdade relativa, embora devesse, sobre eles, ser exercida uma apertada vigilância<sup>1349</sup>.

A entrada no hospital era considerada o primeiro passo para a cura do alienado. Deste modo era subtraído a múltiplos fatores de excitação existente no seu meio ambiente e passava a estar sujeito a uma razoável disciplina, vigilância, gozando na mesma de alguma liberdade, mas ficando protegido contra uma série de perigos. Era no hospital que seria submetido a um tratamento físico e moral contínuo que os seus familiares, pese embora frequentemente bem-intencionados, não conseguiam fornecer<sup>1350</sup>. É referido que a instituição não podia ser sinónimo de isolamento absoluto, mas devia ser considerado como um hospital especializado no tratamento das doenças mentais. Seria ao médico que cabia a responsabilidade de ordenar o regime de isolamento do alienado que podia em diversos casos permitir algumas liberdades e visitas da família<sup>1351</sup>. No entanto refere-se frequentemente que os pais se mostravam renitentes quanto ao internamento dos seus familiares nestas instituições. Tal circunstância derivava, por um lado, da dificuldade em admitir que um dos seus entes queridos estaria afetado de alienação mental e por outro, devido ao estigma social fortemente enraizado no que se referia às casas de loucos. Assim sendo, seria necessário combater este estigma, alterar as concepções sociais erradas sobre a doença mental, alertar-se os pais para a evolução desfavorável da doença quando os alienados eram mantidos no seu meio ambiente, assim como avisar para o facto de que estes doentes e eles próprios correriam diversos perigos, bem como dissuadi-los de pretensas más influências no contacto com outros alienados<sup>1352</sup>.

Sena defendia também o isolamento como meio terapêutico. Na sua obra *Os alienados em Portugal*, teceu rasgados elogios a Francisco Pulido por ter mantido o princípio do isolamento dos alienados durante a sua administração do Hospital de Rilhafoles, que era por si *convenientemente compreendido e aplicado*<sup>1353</sup>. Para este

<sup>1349</sup> Ao longo desta obra o autor exemplifica os estados mórbidos em que o isolamento devia ser aplicado total ou parcialmente. Idem, *ibidem*, p. 41.

<sup>1350</sup> Idem, *ibidem*, p. 45.

<sup>1351</sup> Idem, *ibidem*, p. 46.

<sup>1352</sup> Idem, *ibidem*, p. 46.

<sup>1353</sup> António Maria de Sena, *Os alienados em Portugal*, *Op. cit.*, pp. 113-114.

clínico, outra vantagem da sequestração dos alienados dizia respeito à sua impossibilidade de procriação enquanto se encontravam institucionalizados. Embora desprovidos de discernimento, a sua capacidade reprodutiva era mantida, exceto numa fase avançada da doença. De acordo com as teorias da degenerescência, o perigo de reprodução de alienados através da procriação aumentaria os encargos sociais bem como o número de criminosos diminuindo ainda o trabalho útil<sup>1354</sup>.

A utilização do isolamento do alienado com um fim terapêutico, só se realizava de modo completo com a mudança de habitação do doente negando também o contacto com a sua família, amigos próximos e criados. O alienista português menciona Esquirol que já preconizava a implementação desta medida com o sentido de proporcionar segurança aos indivíduos e no sentido profilático pois evitava a procriação do louco e o contágio do seu delírio<sup>1355</sup>.

O isolamento, tendo em conta as características individuais do alienado, podia induzir-se em estabelecimentos especiais como manicómios e casas de saúde, estabelecimentos mistos, institutos hidroterápicos, casas de campo (casas de saúde individuais, em que o doente vivia apenas com o pessoal de enfermagem sob a direção clínica de um alienista) ou ainda em viagens na companhia de um médico. No que se referia aos alienados crónicos, estes podiam ser isolados nas colónias agrícolas, nos asilos e nas colónias familiares<sup>1356</sup>.

Júlio de Matos considerava que a entrada do alienado no hospital se constituía como *o começo de uma vida nova de impressões: todas as que o cercam lhe são desconhecidas e todos os que o assistem têm sobre elle uma parcella de autoridade*. Neste novo ambiente o alienado sentir-se-ia mais compreendido no seu estado mórbido e as regras que definiam todo o quotidiano da instituição em muito diminuía o seu arbítrio, facilitando a sua obediência às instruções do médico<sup>1357</sup>. Por outro lado, os estímulos provenientes do seu meio ambiente habitual sofriam uma profunda redução na medida em que os agentes com os quais convivia e os espaços que frequentava eram alterados. A importância deste agente é observável quando nos afirma que *os alienados curam junto*

---

<sup>1354</sup> António Maria de Sena, *Benefícios Sociaes do Hospital Conde de Ferreira no 1º Triennio*, Op. cit., p. 21.

<sup>1355</sup> Júlio de Matos, *Elementos de Psychiatria*, Op. cit., p. 167.

<sup>1356</sup> Júlio de Matos demora-se a descrever cada uma destas alternativas que permitiam o isolamento do alienado do seu meio habitual. Idem, *ibidem*, pp. 171-176.

<sup>1357</sup> A relação que se estabelecia entre o doente e o médico não devia por isso ser pautada por grande proximidade pois esta circunstância teria como consequência uma diminuição da autoridade do clínico sobre o alienado. Idem, *ibidem*, p. 169.

*de nós e ter-se-hiam tornado incuráveis em casa*, considerando que, por vezes, não estamos exclusivamente perante uma medida de tratamento, mas também de segurança.<sup>1358</sup>

Defende que o isolamento dos alienados deve ocorrer *tão precoce quanto possível*, embora frequentemente a ignorância dos policlínicos e das famílias impeça esta medida. Assim, muitas vezes, quando é solicitado o internamento, o doente encontra-se já num estadio crónico da doença, culpando as famílias e os próprios médicos por esta situação<sup>1359</sup>. Também o Estado teria a sua responsabilidade face este cenário por não dotar o país de um número suficiente de instituições hospitalares para acolher os alienados<sup>1360</sup>.

Embora as famílias temessem a coabitação com outros alienados, esta era também considerada como vantajosa pois *a exibição dos delírios mais ou menos extravagantes, dolorosos ou grotescos dos companheiros, tem para o doente o valor de uma diversão ao próprio delírio, quando não constitui, como às vezes acontece, nos períodos de remissão, um salutar motivo de reflexões psicológicas*<sup>1361</sup>.

Apesar de o isolamento dos alienados constituir para os alienistas uma ferramenta terapêutica, a sociedade pugnava por outros interesses por considerar que estes doentes representavam um perigo e constituíam um estorvo ao desenvolvimento da sociedade. Apesar de pontos de vista distintos, ambos convergiam na necessidade de isolamento dos alienados<sup>1362</sup>.

---

<sup>1358</sup> Nas palavras de Júlio de Matos: *os instintos de domínio e de revolta que na família fazem de todo o alienado um ser pelo menos inoportuno, sofrem no hospital, desde o primeiro instante, um profundo abalo salutar. As afeições subservientes, as sollicitudes pueris, as transigências exageradas dos parentes e dos amigos cessaram; as lágrimas e os gemidos estéreis cessaram também. No hospital, a disciplina invadiu todas as repartições, constitui-se um hábito, que o alienado, quem quer que elle seja ou imagine ser não poderá suprimir ou alterar. A alimentação, o trabalho, o recreio, tudo está regulamentado; as relações do pessoal com o alienado estão também defenidas. A vontade do doente tem uma esfera restrita de acção; e assim, a obediência aos preceitos que o médico formula, há-de tornar-se uma parte integrante da sua vida nova. Este primeiro efeito é dos mais importantes. Mas há mais. As incitações mórbidas provenientes da vista de logares e de pessoas que passivamente assistiam à explosão da loucura ou de algum modo a provocaram, desapareceram no hospital; logares e pessoas são outras. Idem, ibidem, p. 168.*

<sup>1359</sup> Segundo Matos, *a culpa cabe em parte à família e em parte ao médico. A primeira gasta muito tempo em convencer-se de que o individuo é um doente; o segundo, chamado enfim, gasta muito tempo a convencer-se de que o doente é um alienado; depois, um e o outro gastam muito tempo em convencer-se que o socorro de um médico alienista é preciso, Idem, ibidem, p. 170.*

<sup>1360</sup> Neste sentido, o autor refere que *d'este bárbaro estado de coisas, contra o qual não têm faltado os protestos dos médicos, é responsável o Estado, que há 20 anos cobra, sem lhes dar o devido destino, importantes receitas exclusivamente destinadas por lei à construção de novos manicómios, idem, ibidem, p. 171.*

<sup>1361</sup> Idem, ibidem, p. 169.

<sup>1362</sup> Alexandra Esteves, “Engulhos de ontem, doentes de hoje: pensar a loucura em Portugal no séc. XIX. O caso do distrito de Viana do Castelo”, *Op. cit.*, p. 200.

Torna-se também importante referir que, dentro dos hospitais de alienados, se podiam empreender por vezes outras formas de isolamento, em quartos especificamente destinados para tal nos casos de doentes muito agitados. No entanto, esta opção não reunia consenso e Sena refere-nos que a reclusão individual dos agitados propiciava um aumento do próprio estado de agitação que devia ser combatido com *a companhia, ar livre e possibilidade de amplos movimentos*<sup>1363</sup>.

Apesar de se constituir como um agente terapêutico, casos havia em que o isolamento era utilizado de forma abusiva, todavia Sobral Cid justificava esta realidade com a presunção da incurabilidade da loucura e a insuficiência da terapêutica médica existente e com a ideia profundamente enraizada que *a conducta do alienado procede exclusivamente de um determinismo mórbido, e como tal insuspectível de ser beneficentemente modificada no sentido da normalidade pela educação e pelo exemplo*<sup>1364</sup>.

Ainda no âmbito dos tratamentos morais, as atividades ergoterápicas, desde o início do século XIX, foram um dos meios mais frequentemente utilizados com fins terapêuticos nos doentes alienados. Em Portugal, no Hospital de São José, mesmo tendo em conta as más condições estruturais e higiénicas das enfermarias destinadas aos loucos, os diretores tentaram, embora com pouco sucesso aparente, empreender este tipo de terapias. Posteriormente, no Hospital de Rilhafoles, é transversal a todos os responsáveis da instituição uma séria preocupação em encontrar atividades adequadas para os doentes, tendo em conta a sua patologia. No Hospital Conde de Ferreira a situação vai ser análoga<sup>1365</sup>.

A instalação de oficinas nos hospitais de alienados é justificada pelos resultados clínicos alcançados *estando reconhecida a sua valia como elemento benéfico e curativo*. Tal facto justificaria por si só a despesa empreendida nestes recursos. Todavia, não se pode descurar que, em vez de se constituírem como um encargo económico para o hospital, a instituição podia inclusivamente retirar proveitos económicos das oficinas pois ocorria uma diminuição da despesa com artigos que normalmente seriam adquiridos no exterior do hospital. Paralelamente, estas atividades potenciavam a habilitação de alguns

<sup>1363</sup> António Maria de Sena, *Os alienados em Portugal*, *Op. cit.*, pp. 128-129.

<sup>1364</sup> José de Matos Sobral Cid, “Processo histórico e moderna orientação da assistência psiquiátrica”, *Op. cit.*, pp. 125 – 148.

<sup>1365</sup> Na antiga Grécia a alienação era já tida como uma doença curável *mediante um tratamento medicinal e moral*. Eram assim prescritas distrações, a cultura das belas artes e o trabalho como forma de *fixar a atenção n’um sentido oposto ao objetivo da loucura, e de exercitar as funções mentaes com agradável interesse*. Santa Casa da Misericórdia do Porto, *Relatório dos Actos da Mesa da Santa Casa da Misericórdia do Porto*, Porto, Typographia de António José da Silva Teixeira, 1891, p. 418.



doentes com *os meios necessários á sua subsistência, logo que cesse a necessidade de sequestração*<sup>1366</sup>.

António Maria de Sena refere que se havia adotado como princípio *proporcionar trabalho a todos os doentes, qualquer que seja a sua condição*, tendo em conta as aptidões dos alienados. Deste modo desenvolviam atividades não só nas oficinas como também nas suas enfermarias, *fornecendo-lhes a casa a matéria-prima e instrumentos de trabalho*<sup>1367</sup>.

Apesar destes discursos que enfatizam o trabalho estruturado como meio terapêutico no tratamento dos alienados, nos processos consultados apenas encontramos referência a prescrição de medidas que consubstanciam tratamentos físicos. Esta situação faz-nos acreditar que a ergoterapia desempenhava um papel coadjuvante no processo de tratamento dos alienados, não constituindo por si só um meio curativo. Paralelamente acreditamos também que uma das vantagens mais relevantes na instituição destas terapias se prendia com a possibilidade de os alienados adquirirem conhecimentos técnicos que lhes permitissem uma subsistência económica após a alta hospitalar, evitando deste modo os reinternamentos.

As vantagens económicas estariam a par com as vantagens de ordem clínica e o trabalho nas oficinas havia *consolidado a cura de vários doentes, que com a saúde adquiriram aqui o conhecimento de um mister proveitoso*. No entanto, também os doentes tidos como incuráveis podiam colher frutos nas oficinas, pois adquiriam hábitos de trabalho que eram tidos como *salutares*<sup>1368</sup>.

Infelizmente não dispomos de dados concretos relativamente à totalidade do número de alienados que, durante o período em estudo, se ocupavam nos diversos labores do hospital, tendo por base uma finalidade terapêutica.

Em 1885, dos 192 doentes existentes no hospital, 89 dispunham de uma ocupação estruturada, o que correspondia a 46,4% da população. Esta percentagem era superior no sexo feminino, que alcançava os 58% enquanto no sexo masculino não ia além dos 35 %.

---

<sup>1366</sup> Idem, *ibidem*, p. 425.

<sup>1367</sup> Idem, *ibidem*, p. 317.

<sup>1368</sup> Santa Casa da Misericórdia do Porto, *Relatório dos Actos da Mesa da Santa Casa da Misericórdia do Porto*, Porto, Officina Typographica do Hospital de Alienados do Conde de Ferreira, 1903, pp. 256.

Tabela n.º 4 – Doentes que empreendiam atividades ergoterápicas em 1885 no HCF.

	Homens	Mulheres	Total
Enfermarias	13	10	23
Quinta	9	0	9
Jardinagem	2	0	2
Oficina de cordoaria	6	0	6
Oficina de sapateiro	1	0	1
Conservação do edifício	2	0	2
Despensa	1	0	1
Secretaria	1	0	1
Oficina de costureira	0	43	43
Cozinha	0	1	1
Total de doentes em atividades ergoterápicas	35	54	89
Total de doentes existente	99	93	192

Fonte – Tabela construída com base em António Maria de Sena, *Relatório do Serviço Médico do primeiro biénio (1883-1885)*, *Op. cit.*, p. 80.

Como podemos verificar pela tabela anterior, as atividades que os alienados desenvolviam eram distintas tendo por base um critério de género. A única exceção a esta regra residia no serviço nas enfermarias, na medida em que os indivíduos do sexo masculino deveriam desenvolver a sua atividade nas enfermarias de homens e os do sexo feminino nas enfermarias de mulheres, de modo a ser respeitada a separação entre sexos. Percebemos ainda que a divisão dos doentes segundo as várias atividades tinha por base uma visão tradicional dos labores de acordo com o sexo. Assim aos homens estavam reservados trabalhos com maior exigência física e às mulheres trabalhos de costura. Mais tarde, em 1890, encontravam-se a trabalhar nas oficinas 17 doentes (dois na tipografia, quatro na vassouraria, três na oficina de sapateiro, um na de colchoeiro, um na de picheleiro e seis na oficina de costura (do sexo feminino)<sup>1369</sup>.

Apesar de não serem mencionados, nos relatórios da Santa Casa da Misericórdia do Porto, dados relativamente ao número de doentes ocupados nas oficinas, o

<sup>1369</sup> Santa Casa da Misericórdia do Porto, *Relatório dos Actos da Mesa da Santa Casa da Misericórdia do Porto*, Porto, Typographia de António José da Silva Teixeira, 1890, p. 280.

investimento nas mesmas leva-nos a crer na manutenção da importância destas atividades em paralelo com a sua função terapêutica<sup>1370</sup>.

Em 1895 é proposta a edificação de um novo anexo junto ao hospital com a finalidade de centralizar aí as oficinas existentes. Este novo edifício iria permitir, por um lado, o acolhimento de um maior número de alienados que poderiam assim ocupar os espaços deixados vagos pelas oficinas e, por outro lado, seria mais fácil e eficaz a direção e fiscalização das mesmas. Note-se que o autor, vogal da direção económica, apenas faz menção às vantagens económicas da existência das oficinas, não mencionando quaisquer eventuais benefícios terapêuticos das mesmas<sup>1371</sup>.

Era na quinta do hospital que muitos doentes encontravam ocupação. Este espaço era *um vasto campo de superfície irregular* e, para que se pudesse proceder ao seu cultivo, houve necessidade de dividir os terrenos em talhões, proceder à abertura de arruamentos para a deslocação de produtos e trabalhadores, construir pequenos muros de suporte de terras, abrir valetas para a condução de águas pluviais bem como a macadamização de ruas para que os carros pudessem circular. As verbas despendidas com estas obras seriam largamente compensadas com a economia que a quinta traria para o hospital, quer pela sua componente agrícola, quer pela criação de gado. A suinicultura era praticada em larga escala e os animais abatidos poderiam ser consumidos pela população hospitalar. Todavia considerava-se que a melhor solução seria vender os mesmo na medida em que *nem toda a carne desses animaes póde ser aplicada ao régimen alimentar dos doente* e a preparação da carne para que pudesse ser consumida exigia muito trabalho e, consequentemente, despesa<sup>1372</sup>.

Após 1892, são-nos apresentados mapas dos géneros provenientes da quinta que eram consumidos no hospital. Podemos perceber que aqui eram produzidos não só alguma variedade de vegetais e leguminosas, como também alguns frutos, sendo de sobeja importância os produtos provenientes da criação de gado como os ovos, a carne e

---

<sup>1370</sup> Exemplo desta perceção são as declarações dos responsáveis da SCMP que nos informam que *a instâncias nossas foi augmentado o aproveitamento do trabalho dos alienados nos serviços de lavoura compatíveis com as suas forças e com o seu estado mental. É sabido que em estabelecimentos similares os doentes são aproveitados nesses trabalhos, formando mesmo colónias agrícolas e que estes trabalhos, uteis aos doentes não só debaixo do ponto de vista da hygiene physica e moral, como subtraindo-os á influencia exclusiva das suas concepções delirantes, constituem um valioso meio therapeutico*. Santa Casa da Misericórdia do Porto, *Relatório dos Actos da Mesa da Santa Casa da Misericórdia do Porto*, Porto, Typ. a vapor de Arthur José de Souza & Irmão, 1901, p. 208.

<sup>1371</sup> Santa Casa da Misericórdia do Porto, *Relatório dos Actos da Mesa da Santa Casa da Misericórdia do Porto*, Porto, Typ. De Arthur José de Souza e Irmão, 1895, p. 284.

<sup>1372</sup> Santa Casa da Misericórdia do Porto, *Relatório dos Actos da Mesa da Santa Casa da Misericórdia do Porto*, Porto, Typ. a vapor de Arthur José de Souza & Irmão, 1898, p. 457.

derivados do porco<sup>1373</sup>. Esta variedade leva a SCMP a considerar que estava perante uma *administração rural modelo*. Mais tarde encontramos algum desenvolvimento no setor da pecuária com a criação de outros animais na quinta<sup>1374</sup>. Refira-se também a construção de um *aido para cevados*<sup>1375</sup>.

A criação de suínos no hospital era importante na economia da instituição sendo estes alimentados com as *abundantíssimas lavagens* resultantes da alimentação média diária de cerca de 500 indivíduos. Em 1895 era possível alimentar um maior número de animais com os desperdícios da alimentação dos doentes e funcionários do hospital. Posteriormente percebemos que os animais já não eram unicamente consumidos no interior da instituição mas eram também vendidos para o exterior com importantes ganhos para a economia do hospital<sup>1376</sup>. A construção de um novo cortelho permitiu criar cerca de 60 suínos, tendo sido também edificada uma nova dependência para preparar a alimentação dos animais, ou seja, onde a lavagem era aquecida em caldeiras e posteriormente distribuída<sup>1377</sup>. A criação de outros animais como coelhos, galinhas e pombos estava a ser executada a título experimental e esperava-se que gerasse bons resultados económicos. A preocupação com a disponibilidade de água para a quinta justificou a perfuração de uma mina bem como a construção de um aqueduto que dirigia as águas provenientes da lavandaria para o tanque, que depois eram aproveitadas para rega<sup>1378</sup>.

Apesar de anteriormente serem tecidos grandes elogios à direção da quinta, em 1897 são as críticas à gestão da mesma que se destacam. Estas baseavam-se sobretudo no seu rendimento que era considerado fraco, fruto de uma cultura da horta *rudimentar*, deficiente tratamento das árvores de fruto e não existência de vinha<sup>1379</sup>.

<sup>1373</sup> Santa Casa da Misericórdia do Porto, *Relatório dos Actos da Mesa da Santa Casa da Misericórdia do Porto*, Porto, Typographia de António José da Silva Teixeira, 1892, p. 282.

Santa Casa da Misericórdia do Porto, *Relatório dos Actos da Mesa da Santa Casa da Misericórdia do Porto*, Porto, Typographia de António José da Silva Teixeira, 1894, p. 156.

<sup>1375</sup> Idem, *ibidem*, p. 377.

<sup>1376</sup> Santa Casa da Misericórdia do Porto, *Relatório dos Actos da Mesa da Santa Casa da Misericórdia do Porto*, Porto, Typ. a vapor de Arthur José de Souza & Irmão, 1899, p. 390.

<sup>1377</sup> Santa Casa da Misericórdia do Porto, *Relatório dos Actos da Mesa da Santa Casa da Misericórdia do Porto*, Porto, Officina Typographica do Hospital de Alienados do Conde de Ferreira, 1910, p. 324.

<sup>1378</sup> Caso esta água se encontrasse muito impregnada de materiais provenientes da lavandaria proceder-se-ia à adição de água limpa até que a mesma não fosse considerada nociva para as plantações. Santa Casa da Misericórdia do Porto, *Relatório dos Actos da Mesa da Santa Casa da Misericórdia do Porto*, Porto, Typ. a vapor de Arthur José de Souza & Irmão, 1897, p. 196.

<sup>1379</sup> Esta cultura havia tido início no ano anterior e com esta administração ganhou maior importância, considerando-se que, em poucos anos, os campos de vinho produziram vinho suficiente para o consumo do hospital. Idem, *ibidem*, p. 325.

A plantação de vinha começa a ganhar destaque em 1898 e considerava-se que, em alguns anos, daí resultaria um dos melhores produtos da quinta, sendo capaz de, em quatro anos, satisfazer as necessidades de consumo do hospital<sup>1380</sup>. Posteriormente, equaciona-se mesmo a possibilidade de a produção ser suficiente não só para suprir as carências do hospital como também para fornecimento a outros estabelecimentos da Santa Casa da Misericórdia do Porto<sup>1381</sup>. Em 1905, a produção de vinho atingia já os 48 hectolitros<sup>1382</sup> e em 1908 ultrapassava as necessidades do hospital<sup>1383</sup>. O aumento da produção justificou a construção na adega de um novo lagar de granito com a capacidade para 103 hectolitros<sup>1384</sup>.

O aumento da disponibilidade de terrenos para cultivo é conseguido em 1897 com a desflorestação de terrenos no noroeste da quinta que foram preparados para o cultivo de legumes<sup>1385</sup>.

A criação de gado na quinta tinha como benefícios o auxílio nos trabalhos agrícolas, a produção de estrume e o auxílio logístico no transporte de produtos pelo que se adquiriu em 1897 uma junta de bois. Os benefícios económicos foram consideráveis e equacionava-se também a aquisição de duas vacas leiteiras que podiam facilmente ser criadas nos terrenos do hospital e poderiam fornecer bastante leite para consumo da instituição<sup>1386</sup>.

A importância da produção frutícola legitimou, em 1902, a criação de um pomar, junto à avenida sul, de pereiras, macieiras, ameixoeiras, cerejeiras e tangerineiras, sendo também contruído um tanque com capacidade de 40 metros cúbicos para o fornecimento de água ao pomar<sup>1387</sup>.

As necessidades de irrigação e adubação da quinta justificaram também a construção de um novo poço para onde eram dirigidos todos os dejetos provenientes do

---

<sup>1380</sup> Santa Casa da Misericórdia do Porto, *Relatório dos Actos da Mesa da Santa Casa da Misericórdia do Porto*, Porto, Typ. a vapor de Arthur José de Souza & Irmão, 1898, pp. 459-460.

<sup>1381</sup> Santa Casa da Misericórdia do Porto, *Relatório dos Actos da Mesa da Santa Casa da Misericórdia do Porto*, Porto, Officina Typographica do Hospital de Alienados do Conde de Ferreira, 1903, p. 223.

<sup>1382</sup> Santa Casa da Misericórdia do Porto, *Relatório dos Actos da Mesa da Santa Casa da Misericórdia do Porto*, Porto, Officina Typographica do Hospital de Alienados do Conde de Ferreira, 1905, p. 280.

<sup>1383</sup> Santa Casa da Misericórdia do Porto, *Relatório dos Actos da Mesa da Santa Casa da Misericórdia do Porto*, Porto, Officina Typographica do Hospital de Alienados do Conde de Ferreira, 1908, p. 454.

<sup>1384</sup> Santa Casa da Misericórdia do Porto, *Relatório dos Actos da Mesa da Santa Casa da Misericórdia do Porto*, Porto, Officina Typographica do Hospital de Alienados do Conde de Ferreira, 1909, p. 562.

<sup>1385</sup> Santa Casa da Misericórdia do Porto, *Relatório dos Actos da Mesa da Santa Casa da Misericórdia do Porto*, Porto, Typ. a vapor de Arthur José de Souza & Irmão, 1897, p. 326.

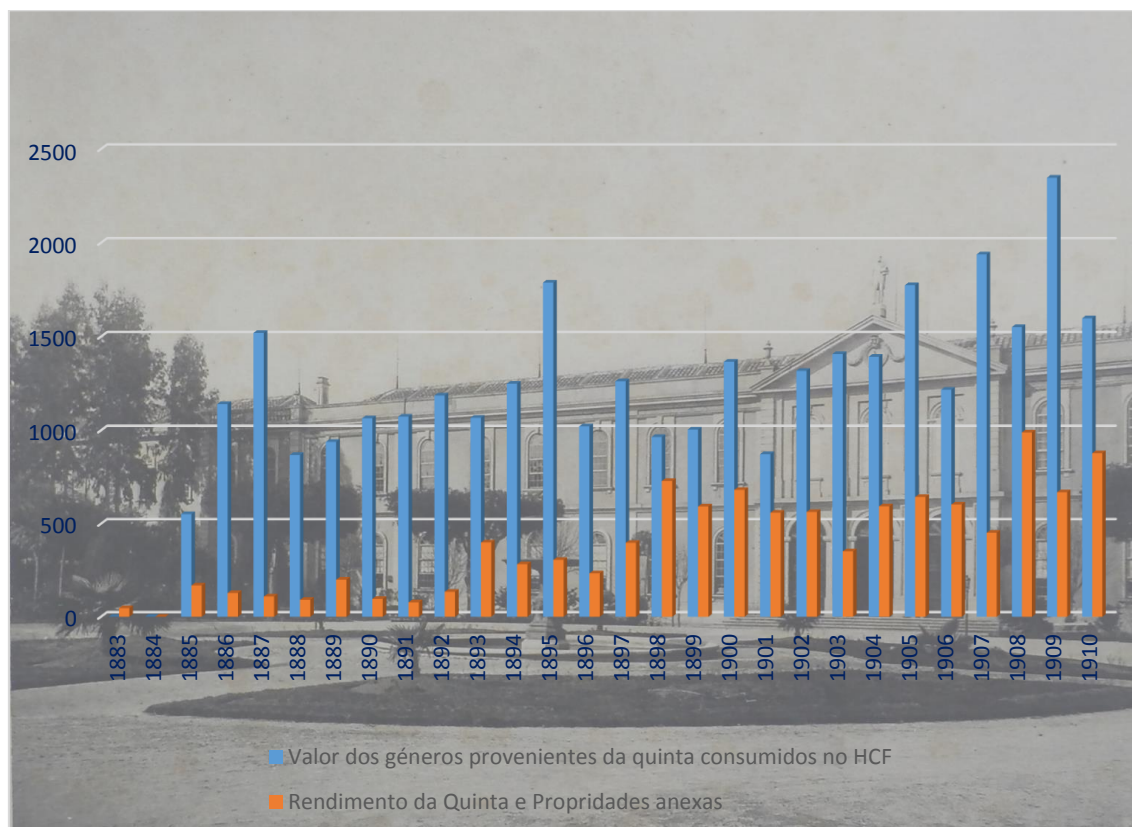
<sup>1386</sup> Idem, *ibidem*, pp. 326-327.

<sup>1387</sup> Santa Casa da Misericórdia do Porto, *Relatório dos Actos da Mesa da Santa Casa da Misericórdia do Porto*, Porto, Officina Typographica do Hospital de Alienados do Conde de Ferreira, 1902, p. 216.

hospital. Daqui as partes sólidas iam constituir matéria para adubar os terrenos e a parte líquida aproveitada para irrigação das culturas<sup>1388</sup>.

A prática de cunicultura teve início mais tarde, em 1907, prosseguindo uma política de expansão da produção de gado, tendo para o efeito sido construído uma coelheira<sup>1389</sup>.

Gráfico n.º 20 – Resultados operacionais da quinta e terrenos anexos do HCF entre 1883 e 1910.



Fonte: Gráfico construído com base em Santa Casa da Misericórdia do Porto, *Relatório dos Actos da Mesa da Santa Casa da Misericórdia do Porto* entre 1883 e 1910.

O gráfico anterior permite-nos um aferir a importância económica dos rendimentos que provinham direta ou indiretamente da quinta do hospital. Se nos primeiros dois anos deste estudo não dispomos de dados que nos permitam conhecer o valor dos géneros provenientes da quinta que foram consumidos nas instalações do hospital, nos anos posteriores percebemos que a sua importância é significativamente maior quando comparado com os restantes rendimentos provenientes da quinta. Tal facto

<sup>1388</sup> Santa Casa da Misericórdia do Porto, *Relatório dos Actos da Mesa da Santa Casa da Misericórdia do Porto*, Porto, Officina Typographica do Hospital de Alienados do Conde de Ferreira, 1906, p. 233.

<sup>1389</sup> Santa Casa da Misericórdia do Porto, *Relatório dos Actos da Mesa da Santa Casa da Misericórdia do Porto*, Porto, Officina Typographica do Hospital de Alienados do Conde de Ferreira, 1907, p. 348.

não nos surpreende, na medida em que percebemos que muitos dos discursos analisados visavam alterações que promovessem um maior e melhor aproveitamento dos produtos resultantes da exploração agrícola com o intuito de suprir as necessidades de consumo internas, embora não fosse negada a existência de oportunidades de comércio externo<sup>1390</sup>.

Não podemos, contudo, afirmar que o rendimento deste recurso teve um crescimento homogêneo, bem pelo contrário. No entanto, o crescimento das atividades agrícolas e pecuárias afetas ao HCF é perfeitamente observável se compararmos os rendimentos apurados nos primeiros anos de funcionamento com os verificados no final do período em estudo.

Estamos em crer que o número de alienados que trabalhava na quinta foi aumentando ao longo dos anos pois, se muitos dos doentes que ingressavam no HCF desempenhavam anteriormente funções ligadas à agricultura, esta era também uma atividade que menores conhecimentos técnicos exigia sendo assim mais fácil integrar os doentes nestes trabalhos. Não nos podemos também esquecer que um dos objetivos destas terapias consistia em dotar o alienado de ferramentas profissionais que o auxiliassem nos seus meios de subsistência após a sua alta, pelo que a aquisição destas competências poderia ser determinante no sucesso da intervenção terapêutica.

O plano de expansão da rede de oficinas hospitalares teve, em 1889, um importante contributo tendo sido construída uma tipografia com o intuito de *tornar aproveitáveis á sociedade individuos que para alli entraram sem juízo*. Esta obra enquadrava-se num projeto de maior densidade que procurava promover a integração do alienado na sua família e na sociedade, concedendo-lhes um meio de subsistência<sup>1391</sup>. Paralelamente às vantagens de carácter clínico *communs a todas as outras oficinas onde no hospital se distrahem e educam os doentes aptos para o trabalho, coadjuvando mesmo a convalescença de alguns*, não são também de descurar os benefícios de ordem económica que esta oficina proporcionava ao hospital. Logo em 1889 três doentes podiam empreender perfeitamente o trabalho de tipógrafo tendo um deles tido já alta hospitalar e munido de competências próprias<sup>1392</sup>. Nesse mesmo ano os lucros da tipografia elevaram-

---

<sup>1390</sup> Para uma perceção global dos resultados económicos da quinta e propriedades anexas veja-se o anexo n.º 26.

<sup>1391</sup> Santa Casa da Misericórdia do Porto, *Relatório dos Actos da Mesa da Santa Casa da Misericórdia do Porto*, Porto, Typographia de A. J. da Silva Teixeira, 1889, p. 241.

<sup>1392</sup> Esta informação é-nos transmitida nos seguintes termos: *entrára para a oficina sem conhecer o mais simples rudimento d'aquelle mister; sahiu operário perfeito que em qualquer parte póde ser aproveitado*. Idem, *ibidem*, p. 245.

se a 165\$665 reis por trabalhos efetuados para o exterior aos quais se somaram uma estimativa de 136\$600 reis de fornecimentos para o próprio hospital<sup>1393</sup>.

No ano seguinte é elogiado o funcionamento desta oficina, onde eram executados todos os impressos necessários ao normal funcionamento do hospital, sendo também já executados alguns trabalhos para o exterior em especial para a secretaria da SCMP. Atente-se que os resultados económicos são já considerados como favoráveis, não só porque se conseguia algum lucro com os trabalhos executados para o exterior, mas também pelo facto de o valor dos impressos utilizados na própria instituição ultrapassar o valor gasto com o pessoal e com a matéria-prima<sup>1394</sup>. Esperava-se que a secretaria da SCMP continuasse a solicitar a execução de vários trabalhos na tipografia do HCF bem como outros estabelecimentos da Misericórdia portuense.

Em 1891 o resultado operacional da tipografia foi negativo, embora de forma pouco significativa. Os resultados económicos poderiam ser muito diferentes caso os estabelecimentos sobre a égide da SCMP efetuassem nesta tipografia as requisições dos seus impressos, que constituiria um duplo benefício quer para as instituições quer para o HCF<sup>1395</sup>. Dois anos mais tarde, a oficina de tipografia era já responsável pela execução de *trabalhos de merecimento*, nomeadamente os discursos proferidos na comemoração dos benfeitores da SCMP. A qualidade destas obras não denunciaria que havia sido executada por indivíduos *privados do uso da razão*. O resultado económico foi positivo apesar de *n'uma casa desta ordem não se organizam estas oficinas para semelhantes com o fim de formar fontes de receita. O seu fim em uma casa de saúde é completamente diverso, presidindo sempre à sua organização o pensamento de contribuir para o restabelecimento dos doentes*<sup>1396</sup>. Constatamos que, à data, a execução de trabalhos para várias instituições pertencentes à Misericórdia do Porto, como o Hospital dos Lázaros e Lázaras, o Instituto de Surdos-Mudos Araújo Porto e o Estabelecimento Humanitário do Barão Nova Cintra, que, mesmo com um desconto de 10 % sobre o preço normal dos trabalhos, contribuíram para o saldo positivo da oficina<sup>1397</sup>.

---

<sup>1393</sup> Idem, *ibidem*, p. 246.

<sup>1394</sup> Santa Casa da Misericórdia do Porto, *Relatório dos Actos da Mesa da Santa Casa da Misericórdia do Porto*, Porto, Typographia de António José da Silva Teixeira, 1890, p. 279.

<sup>1395</sup> Santa Casa da Misericórdia do Porto, *Relatório dos Actos da Mesa da Santa Casa da Misericórdia do Porto*, Porto, Typographia de António José da Silva Teixeira, 1891, p. 435.

<sup>1396</sup> Santa Casa da Misericórdia do Porto, *Relatório dos Actos da Mesa da Santa Casa da Misericórdia do Porto*, Porto, Typographia de António José da Silva Teixeira, 1893, p. 253.

<sup>1397</sup> Idem, *ibidem*, pp. 262-263.



Em 1895 a tipografia é considerada como a oficina com melhores resultados práticos e económicos. Tal facto resulta do aumento do trabalho da oficina, desde 31 de outubro de 1894, fruto da centralização na tipografia do HCF da execução dos impressos das dependências da SCMP<sup>1398</sup>. Considerava-se que os resultados desta oficina poderiam ser maximizados caso se melhorasse o material de impressão a ela afeta que se limitava a um prelo manual. Deste modo, equacionava-se não só a aquisição de um prelo mecânico bem como do alargamento da oficina<sup>1399</sup>. Esta obra encontrava-se já projetada e orçamentada<sup>1400</sup>. A aquisição do prelo mecânico *Marioni* deu-se em 1902 e permitiu uma maior tiragem, a execução de trabalhos de maior dimensão bem como diminuiu a fadiga dos doentes ocupados na impressão<sup>1401</sup>. É a partir deste ano que os próprios relatórios dos atos da Mesa da Santa Casa da Misericórdia do Porto, *obra volumosa e de execução difícil*, passam a ser executados na tipografia do HCF, maioritariamente por doentes<sup>1402</sup>.

Adquiriu-se posteriormente uma máquina de cortar e aparar papel que facilitava os trabalhos e permitia o aproveitamento de aparas<sup>1403</sup>. A aquisição de um motor a gaz *Tangyes* com 2,5 cavalos de força permitiu um melhor aproveitamento quer da máquina de impressão quer da guilhotina. Note-se que o novo motor e a guilhotina se encontravam numa divisão vedada aos doentes por motivos de segurança<sup>1404</sup>.

---

<sup>1398</sup> Santa Casa da Misericórdia do Porto, *Relatório dos Actos da Mesa da Santa Casa da Misericórdia do Porto*, Porto, Typ. De Arthur José de Souza e Irmão, 1895, p. 286.

<sup>1399</sup> Idem, *ibidem*, p. 287.

<sup>1400</sup> Idem, *ibidem*, p. 287.

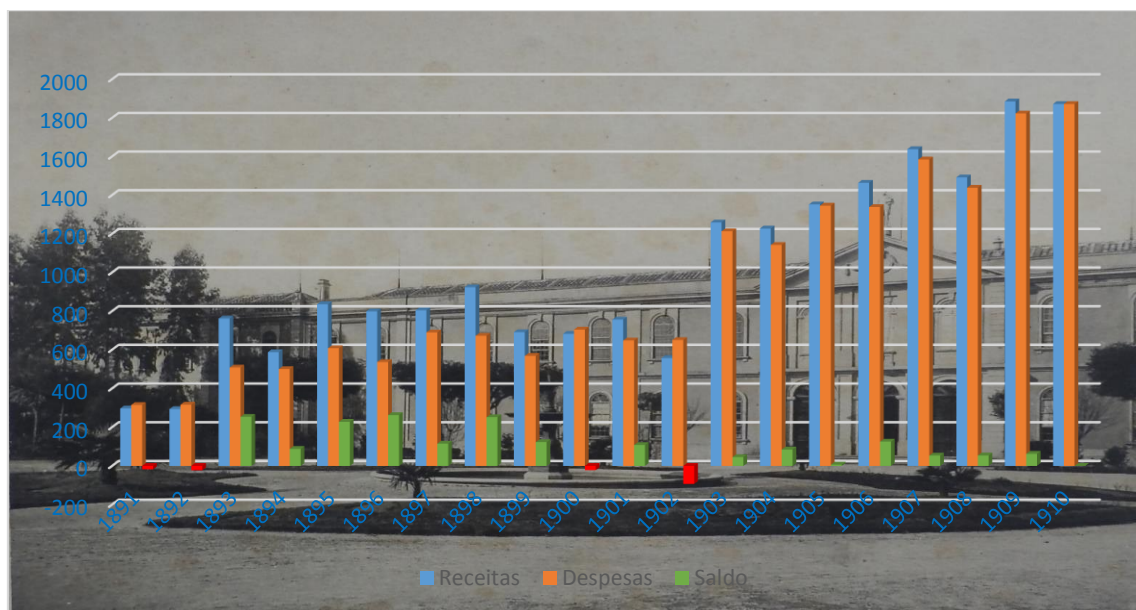
<sup>1401</sup> Santa Casa da Misericórdia do Porto, *Relatório dos Actos da Mesa da Santa Casa da Misericórdia do Porto*, Porto, Officina Typographica do Hospital de Alienados do Conde de Ferreira, 1902, pp. 216-217.

<sup>1402</sup> Santa Casa da Misericórdia do Porto, *Relatório dos Actos da Mesa da Santa Casa da Misericórdia do Porto*, Porto, Officina Typographica do Hospital de Alienados do Conde de Ferreira, 1903, p. 223. A qualidade dos trabalhos aqui desenvolvida seria elevada, a atestar pelo facto de terem sido premiados, juntamente com a oficina de vassouraria, na Exposição Industrial Portuguesa de 1897. Santa Casa da Misericórdia do Porto, *Relatório dos Actos da Mesa da Santa Casa da Misericórdia do Porto*, Porto, Typ. a vapor de Arthur José de Souza & Irmão, 1898, p. 461.

<sup>1403</sup> Idem, *ibidem*, p. 223.

<sup>1404</sup> Santa Casa da Misericórdia do Porto, *Relatório dos Actos da Mesa da Santa Casa da Misericórdia do Porto*, Porto, Officina Typographica do Hospital de Alienados do Conde de Ferreira, 1905, p. 278.

Gráfico n.º 21 – Resultados operacionais da oficina de Tipografia do HCF entre 1891 e 1910.



Fonte: Gráfico construído com base em Santa Casa da Misericórdia do Porto, *Relatório dos Actos da Mesa da Santa Casa da Misericórdia do Porto* entre 1891 e 1910.

Analisando o gráfico anterior, encontramos algumas discrepâncias no que se refere aos resultados económicos desta oficina, por exemplo, no seu primeiro ano de funcionamento. Se a tabela relativa ao resultado operacional do ano de 1891, existente no relatório desse mesmo ano, nos refere um saldo negativo, os discursos dos responsáveis apontavam para a existência de lucro. Todavia, embora não consigamos perceber as causas destas incongruências, é relevante a percepção que temos de um aumento progressivo e quase constante da atividade desta oficina<sup>1405</sup>.

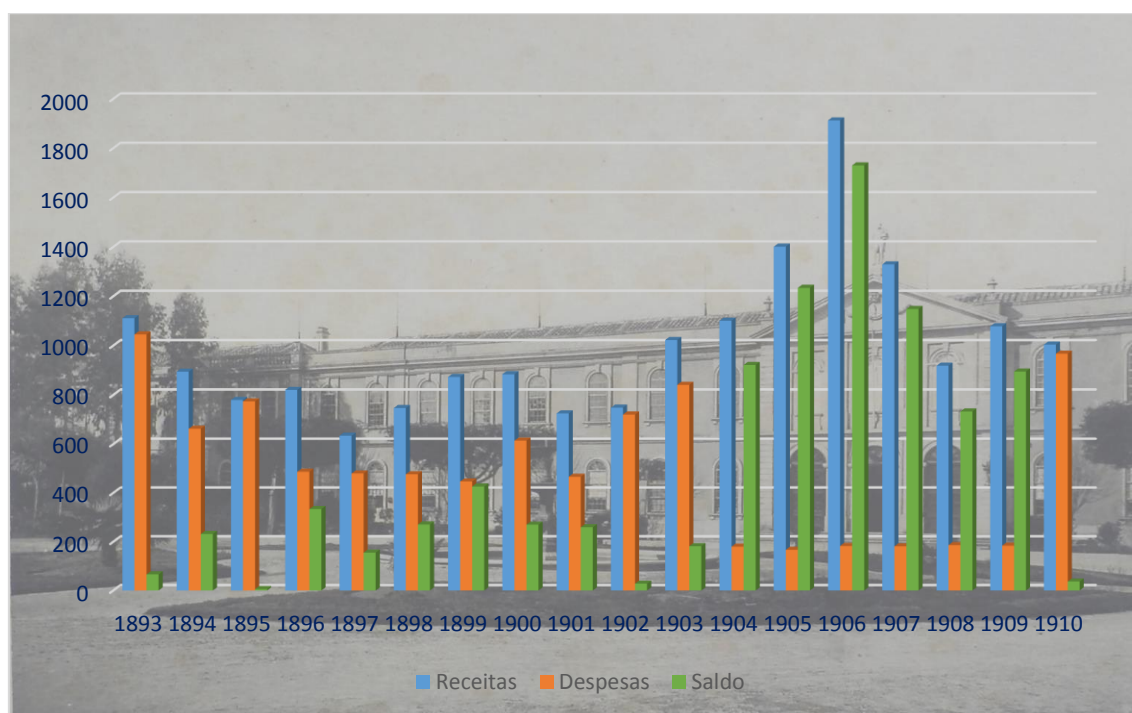
Estamos em crer que a especificidade deste labor não permitiria que um elevado número de alienados encontrassem aqui uma ocupação estruturada. No entanto, os poucos doentes que empreendiam estas atividades poderiam sair do hospital munidos de uma nova ferramenta profissional que tenderia a potenciar o seu processo de reintegração social e, consequentemente, reduzir a probabilidade de recaídas.

Encontramos também algumas menções à existência de uma oficina de cordoaria. Todavia esta apresentava alguns inconvenientes, nomeadamente o facto de o trabalho ser feito ao ar livre, com óbvios problemas para os doentes. Outra dificuldade mencionada dizia respeito à necessidade de se procurarem consumidores para os produtos resultantes

<sup>1405</sup> Para uma percepção global dos resultados veja-se o anexo n.º 27.

deste trabalho, o que era tido para a administração do HCF como um obstáculo<sup>1406</sup>. As poucas alusões a esta oficina que encontrámos nos relatórios de atividades da SCMP fizeram-nos acreditar na sua reduzida importância na dinâmica hospitalar, quer do ponto de vista terapêutico quer económico, todavia somos contrariados no relatório relativo a 1890 que remete para bons resultados económicos desta oficina. Nesse mesmo ano a oficina de cordoaria é substituída por uma de vassouraria. Do ponto de vista económico esta mudança não terá sido muito feliz pois os resultados da oficina de cordoaria eram bastante positivos, pese embora o elevado custo com os materiais necessários. No mesmo sentido, os produtos resultantes da oficina de vassouraria são preferencialmente consumidos no interior do hospital, resultando assim de uma diminuição dos proveitos da oficina<sup>1407</sup>.

Gráfico n.º 22 – Resultados operacionais da oficina de vassouraria do HCF entre 1893 e 1910.



Fonte: Gráfico construído com base em Santa Casa da Misericórdia do Porto, *Relatório dos Actos da Mesa da Santa Casa da Misericórdia do Porto* entre 1893 e 1910.

Se considerarmos o gráfico anterior concluímos que efetivamente os proveitos económicos da oficina de vassouraria não eram elevados sendo que a sua maioria provinha do valor dos artefactos para consumo interno<sup>1408</sup>. Tendo esta oficina uma

<sup>1406</sup> Santa Casa da Misericórdia do Porto, *Relatório dos Actos da Mesa da Santa Casa da Misericórdia do Porto*, Porto, Typographia de António José da Silva Teixeira, 1891, p. 435.

<sup>1407</sup> Santa Casa da Misericórdia do Porto, *Relatório dos Actos da Mesa da Santa Casa da Misericórdia do Porto*, Porto, Typographia de António José da Silva Teixeira, 1890, p. 279.

<sup>1408</sup> Para uma percepção global dos resultados da oficina de vassouraria veja-se o anexo n.º 28.

importância económica pouco significativa somos levados a crer que a sua manutenção no HCF visava sobretudo objetivos de carácter terapêutico. Podemos deste modo assumir que a substituição da oficina de cordoaria pela de vassouraria traduz uma prevalência do relevo terapêutico destas atividades face à rentabilidade das mesmas.

No que diz respeito à oficina de costuraria as referências encontradas são também elas reduzidas, não existindo, inclusive, relatos da atividade económica da mesma. No entanto, tendo em consideração os escritos de António Maria de Sena e a existência de uma rouparia que ao longo dos anos foi sofrendo importantes melhoramentos, estamos em crer que muitas alienadas encontravam aqui uma ocupação terapêutica. Esta nossa opinião é corroborada pelo relatório de 1895 onde é referido que muitas doentes tranquilas ou convalescentes confeccionavam roupa nova em grande quantidade para o HCF.

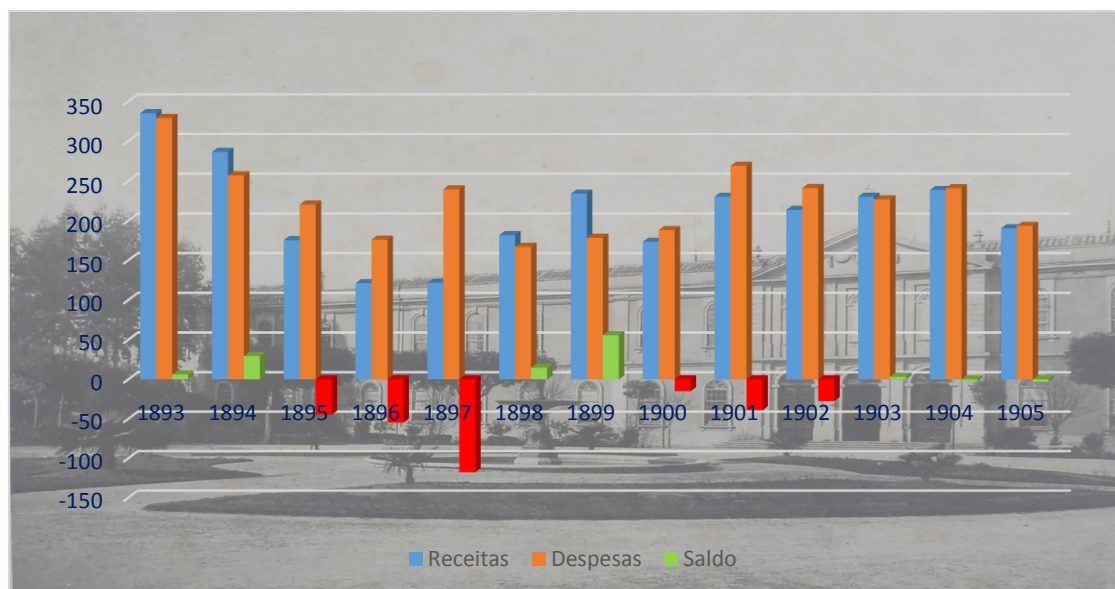
A oficina de sapateiro apresentava resultados económicos pouco assinaláveis. No entanto não são consideradas nas contas desta oficina a grande economia para o hospital que esta representava na medida em que não havia necessidade de se proceder à reparação de calçado no exterior do hospital, o que era significativo numa instituição com uma população a rondar os 300 indigentes<sup>1409</sup>. O défice que se apurou em 1897 justifica o conselho na redução do serviço desta oficina no sentido de aí apenas se efetuarem concertos de calçado para indigentes<sup>1410</sup>.

---

<sup>1409</sup> Santa Casa da Misericórdia do Porto, *Relatório dos Actos da Mesa da Santa Casa da Misericórdia do Porto*, Porto, Typographia de António José da Silva Teixeira, 1890 p. 280.

<sup>1410</sup> Santa Casa da Misericórdia do Porto, *Relatório dos Actos da Mesa da Santa Casa da Misericórdia do Porto*, Porto, Typ. a vapor de Arthur José de Souza & Irmão, 1897, p. 328.

Gráfico n.º 23 – Resultados operacionais da oficina de sapateiro do HCF entre 1893 e 1905.



Fonte: Gráfico construído com base em Santa Casa da Misericórdia do Porto, *Relatório dos Actos da Mesa da Santa Casa da Misericórdia do Porto* entre 1893 e 1905.

Observando o gráfico precedente constatamos com alguma facilidade que os proveitos económicos da oficina de sapateiro eram praticamente nulos, embora não sejam considerada a economia resultante do concerto do calçado dos indigentes, o que nos leva uma vez mais a apontar para um benefício terapêutico para os alienados que aqui deveriam desempenhar algumas funções, como acontecia já no período de administração de António Maria de Sena<sup>1411</sup>.

Não podemos também descurar a existência de salas de recreio e outras atividades recreativas que visavam preencher o dia-a-dia dos alienados, atividades estas que eram consideradas como benéficas no processo de tratamento dos doentes. Os alienados de 1.<sup>a</sup> e 2.<sup>a</sup> classe dispunham de salas onde se encontravam, por exemplo, piano, mesa de bilhar entre outros dispositivos de entretenimento<sup>1412</sup>. Todavia o seu uso parece ser residual na medida em que Sena afirma que *a ociosidade é a regra*<sup>1413</sup>. As salas existentes para recreio dos doentes foram algumas delas alvo de intervenção logo em 1887 devido à deterioração dos soalhos existentes, o que denota alguma preocupação com estas

<sup>1411</sup> Para uma perceção global dos resultados da oficina de sapateiro veja-se o anexo n.º 29.

<sup>1412</sup> Encontrava-se disponível uma mesa de bilhar que havia sido oferecida para a casa de recreios dos pensionistas bem como uma série de livros oferecidos por um livreiro. Livro de actas da Mesa da Santa Casa da Misericórdia do Porto, Banco 8º, n.º 26, p. 170.

<sup>1413</sup> António Maria de Sena, *Relatório do Serviço Medico e Administrativo do Hospital do Conde de Ferreira Relativo ao Primeiro Biennio (1883-1885)*, Op. cit., p. 78.

dependências<sup>1414</sup>. Também em 1890 se procedeu ao embelezamento da sala de recreio da primeira enfermaria de homens, de forma *decente*, como justificava a *categoria de doentes que ali se recolhem*<sup>1415</sup>. Em 1899, na comemoração do 4.º centenário da SCMP, a banda proveniente da Oficina de São José atuou durante algumas horas no jardim do hospital e a receção por parte dos doentes deste divertimento levou a Mesa a aprovar uma iniciativa semelhante mensalmente<sup>1416</sup>.

A instituição de tratamentos morais no HCF ia ao encontro do que se preconizava noutras instituições similares. Apesar de não dispormos de muito dados sobre o número de alienados que desempenhava funções nas diversas oficinas existentes, estamos em crer que os desenvolvimentos de que estas foram alvo no decorrer do período em estudo eram justificados pela sua importância no processo terapêutico dos doentes. A corroborar esta nossa percepção encontrámos os discursos de vários responsáveis que validavam a ergoterapia como relevante no tratamento dos alienados.

---

<sup>1414</sup> Santa Casa da Misericórdia do Porto, *Relatório dos Actos da Mesa da Santa Casa da Misericórdia do Porto*, Porto, Typographia de A. J. da Silva Teixeira, 1887, p. 330.

<sup>1415</sup> Santa Casa da Misericórdia do Porto, *Relatório dos Actos da Mesa da Santa Casa da Misericórdia do Porto*, Porto, Typographia de António José da Silva Teixeira, 1890, p. 279.

<sup>1416</sup> Santa Casa da Misericórdia do Porto *Relatório dos Actos da Mesa da Santa Casa da Misericórdia do Porto*, Porto, Typ. a vapor de Arthur José de Souza & Irmão, 1899, p. 391.

### 6.3 – O regime alimentar dos alienados

*Não devo deixar de notar que, especialmente nas repartições dos agitados e imundos, todas as fisionomias denunciam uma pobreza orgânica e uma insuficiência da alimentação*<sup>1417</sup>.

A avaliação que inicialmente era feita aos doentes incidia não só sobre o seu estado mental como também sobre o seu estado físico. Frequentemente este era tido como *mau*, apresentando os doentes um *emagrecimento notável*<sup>1418</sup>. A evolução do estado clínico dos doentes era também ela diferenciada, sendo muitas vezes mencionada uma distinção entre o estado geral do doente e o seu estado mental. Relembramos que muitos dos doentes eram indigentes sendo de esperar que no domicílio a sua alimentação não fosse a mais adequada. Encontramos assim uma justificação para que o regime alimentar dos alienados tenha tido um importante papel no tratamento dos doentes, não tanto pelas suas implicações no seu estado mental, mas sim pelos seus contributos para uma melhoria do estado físico dos alienados.

Existiam dois regimes distintos de alimentação: o regime comum e o regime especial, que cremos ser prescrito em situações de maior debilidade ou de moléstias intercorrentes. As dietas eram diferenciadas de acordo com a classe dos doentes, existindo uma dieta de carne e uma dieta de peixe<sup>1419</sup>. Estavam preconizados três momentos distintos de refeição: almoço, jantar e ceia<sup>1420</sup>, sendo que a qualidade das dietas era tida como *deliciosa*<sup>1421</sup>.

Como era de esperar, a dieta cedida aos doentes de 1ª classe dispunha de uma maior variedade de alimentos. Deste modo, ao almoço, estes doentes eram disponibilizados ovos, chá, pão e carne de vaca em bife no caso da dieta de carne. Já na dieta de peixe, o chá era substituído por café com leite e não era distribuída outra proteína além dos ovos. O jantar era constituído por sopa de massa ou de hortalíça e pão, carne de vaca cozida, arroz, assado<sup>1422</sup>, doce, fruta, pão e vinho de mesa. À sexta-feira a sopa era

<sup>1417</sup> António Maria de Sena, *Os alienados em Portugal, Op. cit.*, p. 150.

<sup>1418</sup> Livro de inscrição de doentes de 1.ª classe, folha n.º 4 e n.º 8.

<sup>1419</sup> Na 1ª e 2ª classe a dieta de peixe era instituída todas as sextas feiras enquanto na 3ª classe esta era servida também às quartas-feiras. Santa Casa da Misericórdia do Porto, *Regulamento Geral do Hospital de Alienados do Conde de Ferreira*, Porto, Imprensa Real, 1883, pp. 84-87.

<sup>1420</sup> Estas refeições corresponderiam ao que na atualidade designamos por pequeno-almoço, almoço e jantar, respetivamente.

<sup>1421</sup> Segundo as palavras dos responsáveis: *todos procuraram (...) presenciar (...) a suculenta alimentação que se ministra aos reclusos*. Santa Casa da Misericórdia do Porto, *Relatório dos Actos da Mesa da Santa Casa da Misericórdia do Porto*, Porto, Typographia de A. J. da Silva Teixeira, 1886, pp. 203-204.

<sup>1422</sup> O assado seria de vaca, vitela ou galinha. Ide, *ibidem*, p. 88.

sempre de pão ou substituída por puré, o arroz dava lugar a batatas e, em substituição da carne, tinham direito a arroz de peixe, peixe fresco ou salgado e peixe fresco assado ou frito, ervas simples ou salada, mantendo-se os restantes alimentos. Quanto à ceia, esta era composta por chá, pão e bolachas ou biscoitos simples que, à sexta-feira eram substituídos por bolos fritos de peixe<sup>1423</sup>.

Aos doentes de 2.<sup>a</sup> classe, ao almoço, era fornecido pão, café com leite e carne de vaca em bife, que na dieta de peixe era retirado e não era substituído por nenhum outro alimento. Ao jantar tinham disponíveis exatamente os mesmos alimentos que os doentes de 1.<sup>a</sup> classe, no entanto, se fosse sexta-feira, em vez de arroz de peixe, tinham à sua disposição ervas simples ou salada. No que se refere à ceia, a acrescentar aos alimentos semelhantes aos da 1.<sup>a</sup> classe, dispunham ainda de bife, todavia, na dieta de peixe, apenas tinham direito a peixe e chá<sup>1424</sup>.

Nos doentes de 3.<sup>a</sup> classe, o regime alimentar era substancialmente mais pobre. Assim, ao almoço dispunham de pão e café com leite, ao jantar era-lhes servida sopa de pão e hortaliça feita em caldo de carne de vaca, carne de vaca, arroz e broa. À ceia tinham novamente broa e carne de vaca ou carneiro guisado com batatas. Na dieta de peixe, ao almoço, o café com leite era substituído por chocolate com leite, ao jantar a sopa era caldo de feijão com hortaliça, a carne de vaca era substituída por peixe fresco ou salgado e o arroz por batatas. Já à ceia, a carne era substituída por bacalhau com arroz. Note-se que a dieta de peixe era servida à quarta e sexta-feira<sup>1425</sup>.

A dieta do regime especial, também designada por *dieta ténue*, era semelhante em todos os dias da semana e era também ela distinta de acordo com a classe dos doentes. Assim, para os alienados de 1.<sup>a</sup> classe, estava adstrito caldo de vaca ou galinha ao almoço, jantar, ceia, meia-noite e às 4 da manhã. Para os doentes de 2.<sup>a</sup> classe, estava disponível pão ao almoço, jantar e ceia, galinha cozida com arroz ao jantar e caldo de vaca ou galinha à ceia e às 4 da manhã. No caso dos doentes de 3.<sup>a</sup> classe, estes tinham direito a chá e pão ao almoço, pão e carne de vaca ao jantar e pão e caldo de vaca ou galinha à ceia<sup>1426</sup>. Tendo em consideração o regulamento do hospital, somos levados a crer que nas dietas especiais não existia qualquer discriminação de acordo com a classe dos doentes, o que se veio a revelar falso quando nos debruçamos sobre as tabelas de dietas propriamente ditas. A

---

<sup>1423</sup> Idem, *ibidem*, pp. 84-85.

<sup>1424</sup> Idem, *ibidem*, pp. 84-85.

<sup>1425</sup> Idem, *ibidem*, p. 86.

<sup>1426</sup> Idem, *ibidem*, p. 87.



acompanhar as tabelas dietéticas encontramos uma série de instruções que incidiam sobre a forma de preparação dos diferentes caldos nomeadamente as quantidades de cada ingrediente necessários para a sua confeção<sup>1427</sup>.

Nos regimes alimentares dos alienados sobressai por um lado, a quantidade de pão afeto a cada doente (450 gr para a 1.<sup>a</sup> e 2.<sup>a</sup> classe e 200 gr para a 3.<sup>a</sup> classe às quais se acrescentavam 800 gr de broa) e por outro, a quantidade de carne ou peixe (cerca de 800 gr para a 1.<sup>a</sup> e 2.<sup>a</sup> classe e 300 para a 3.<sup>a</sup> classe)<sup>1428</sup>.

Em 1891 são propostas alterações às tabelas do regime alimentar pois era considerado *exagerado* a quantidade de carne distribuída as doentes de 1.<sup>a</sup> e 2.<sup>a</sup> classe, passando estes doentes a dispor de 450 gramas de carne diariamente. A justificação para esta redução ia ao encontro de estudos que referiam que num dia o homem perdia 310 gramas de carbono e 130 gramas de substâncias azotadas, sendo assim necessários apenas 619 gramas de carne para repor os valores perdidos, não considerando que as mesmas substância se podiam extrair de outros alimentos também oferecidos<sup>1429</sup>. Todavia era necessário ter em atenção as características individuais dos alienados pois as necessidades nutricionais variavam de acordo com vários fatores, nomeadamente a idade, o sexo, a profissão, o clima entre outros. Assim, a direção técnica e económica concordou em alterar as tabelas de dietas, *sem prejuízo dos doentes*, obtendo também uma importante economia e procurando uma *variedade salutar com a equivalência alimentar*<sup>1430</sup>.

Casos havia em que era necessário recorrer à alimentação forçada dos doentes. Para tal, recorria-se à introdução de uma sonda *esofágica*<sup>1431</sup> através da qual poderiam ser administrados *líquidos nutritivos*, como o leite, gemas de ovo, óleo de fígado de bacalhau, vinho e caldos bem como medicamentos<sup>1432</sup>.

Os esforços empreendidos em fornecer aos alienados uma alimentação adequada parecem ter tido resultados positivos, a atestar pelos inúmeros casos em que os clínicos nos relatam que o estado geral do doente se encontrava melhorado.

---

<sup>1427</sup> Idem, *ibidem*, pp. 87-89.

<sup>1428</sup> Para conhecimento cabal de todas as quantidades de alimentos correspondente a cada classe de doentes veja-se Santa Casa da Misericórdia do Porto, *Regulamento Geral do Hospital de Alienados do Conde de Ferreira*, Porto, Imprensa Real, 1883, pp. 84-89 e Santa Casa da Misericórdia do Porto *Regulamento Geral do Hospital de Alienados do Conde de Ferreira*, Porto, Imprensa Real, 1891, pp. 70-75.

<sup>1429</sup> Santa Casa da Misericórdia do Porto, *Relatório dos Actos da Mesa da Santa Casa da Misericórdia do Porto*, Porto, Typographia de António José da Silva Teixeira, 1891, p. 426.

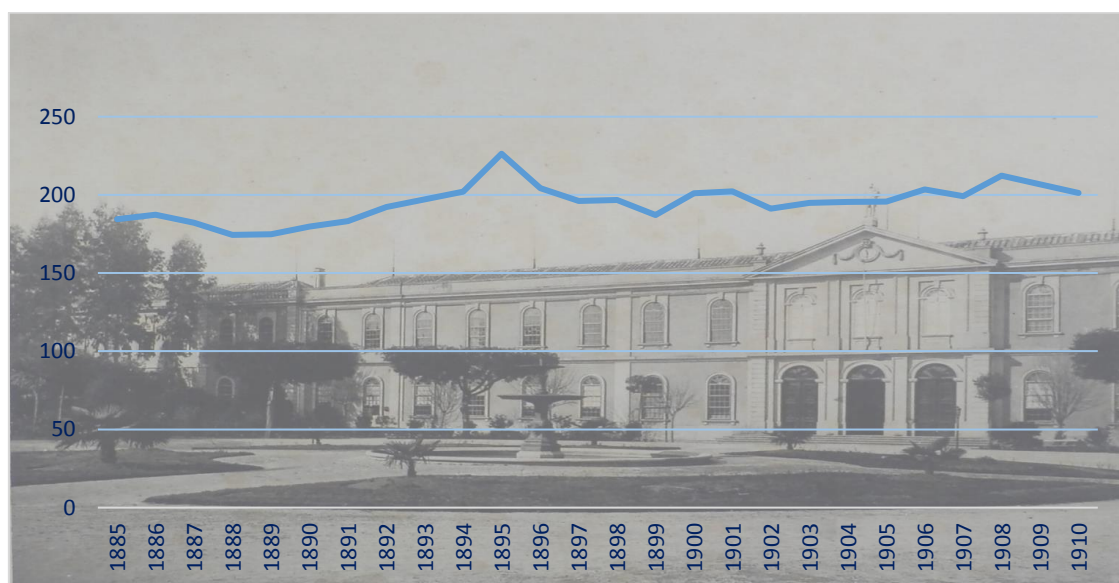
<sup>1430</sup> Idem, *ibidem*, p. 427.

<sup>1431</sup> Júlio de Matos descreve-nos pormenorizadamente todo este procedimento. Júlio de Matos, *Elementos de Psychiatria*, Op. cit., p. 182.

<sup>1432</sup> Idem, *ibidem*, pp. 181-182.

O elevado número de doentes que habitavam o hospital, aos quais se somava um importante número de funcionários, justificavam a importante despesa que era efetuada com a alimentação e as frequentes preocupações com esses mesmos gastos. O cálculo da despesa das dietas era feito de dois modos distintos. O primeiro compreendia a divisão do total da despesa pelo número de dietas anuais; o segundo era calculado dividindo o total da despesa pelo número de dias do ano e, posteriormente, pela média do número de dietas diárias. Estes dois métodos resultavam em valores pouco distintos entre si e, para efeitos contabilísticos, era calculada a média das duas médias apresentadas<sup>1433</sup>. Compreende-se a dificuldade da execução destes cálculos, que não eram pautados pelo rigor, no entanto, reconhecemos os esforços na tentativa de chegar a um valor o mais normalizado possível, aceitando-se deste modo os resultados obtidos.

Gráfico n.º 24 – Evolução do custo médio por refeição dos doentes e funcionários no HCF entre 1885 e 1910.



Fonte: Gráfico construído com base em Santa Casa da Misericórdia do Porto, *Relatório dos Actos da Mesa da Santa Casa da Misericórdia do Porto* entre 1885 e 1910.

A análise do gráfico anterior permite-nos perceber que o preço médio das refeições foi oscilando durante o período em estudo, tendo atingido o seu valor mais elevado em 1895. São vários os relatórios onde encontramos referências à oscilação deste indicador, o que se compreende dado a relevância que as despesas com a alimentação representavam no orçamento da instituição. Assim, em 1887 dá-se uma diminuição do custo médio de refeição que é justificada pela baixa dos preços de alguns géneros

<sup>1433</sup> Santa Casa da Misericórdia do Porto, *Relatório dos Actos da Mesa da Santa Casa da Misericórdia do Porto*, Porto, Typographia de António José da Silva Teixeira, 1885, pp. 96-97.

consumidos, associada ao aumento da população do hospital<sup>1434</sup>. No ano seguinte opera-se uma nova diminuição dos custos com a alimentação cuja média foi de 174\$400 reis, esperando-se, no entanto, que posteriormente estes venham a elevar-se, fruto de aumentos de impostos. Tal suspeita verificou-se efetivamente tendo ocorrido um aumento de cinco décimos de real para os 174\$900 reis em 1889. Tal facto ter-se-á devido não propriamente ao aumento do custo dos géneros alimentares, mas sim ao aumento dos funcionários da despensa, cuja despesa é tida em consideração no cálculo do valor das dietas<sup>1435</sup>. Em 1890 o preço médio por dieta aumenta em 4\$770 reis, o que é justificado pelo aumento do preço de alguns bens de maior consumo<sup>1436</sup>. Em 1893 opera-se um novo aumento do custo das dietas, justificado novamente com o aumento dos bens alimentares consumidos<sup>1437</sup>. Em 1889 alguns doentes pertencentes à 3.<sup>a</sup> classe receberam inclusivamente dietas correspondentes aos pensionistas de 2.<sup>a</sup> classe, autorizados pela direção económica e fruto da boa situação económica do hospital e *por motivos de elevada e bem entendida caridade*.<sup>1438</sup> A justificação para esta alteração prende-se com as características dos indivíduos de 3.<sup>a</sup> classe *para quem, por sua educação ou pela doença de que estejam affectados, seja impropria e inconveniente a alimentação correspondente áquella categoria*<sup>1439</sup>.

Conseguimos assim compreender que os serviços diretamente ligados à alimentação dos doentes eram de extrema importância, quer para o tratamento dos doentes, cujo estado geral em muito dependia da dieta fornecida, quer para os cofres do hospital, considerando que estas despesas representavam uma importante fatia do orçamento do HCF.

No capítulo das terapêuticas instituídas pudemos perceber que estas não primavam pela sua diversidade, embora estivessem em consonância com as práticas adotadas noutros estabelecimentos semelhantes. Todavia, os problemas que foram detetados nas salas de banhos levam-nos a crer que os tratamentos morais desempenhavam um papel mais decisivo no processo de cura do doente.

---

<sup>1434</sup> Santa Casa da Misericórdia do Porto, *Relatório dos Actos da Mesa da Santa Casa da Misericórdia do Porto*, Porto, Typographia de A. J. da Silva Teixeira, 1887, p. 333.

<sup>1435</sup> Santa Casa da Misericórdia do Porto, *Relatório dos Actos da Mesa da Santa Casa da Misericórdia do Porto*, Porto, Typographia de A. J. da Silva Teixeira, 1889, p. 248.

<sup>1436</sup> Santa Casa da Misericórdia do Porto, *Relatório dos Actos da Mesa da Santa Casa da Misericórdia do Porto*, Porto, Typographia de António José da Silva Teixeira, 1890, pp. 283-284.

<sup>1437</sup> Santa Casa da Misericórdia do Porto, *Relatório dos Actos da Mesa da Santa Casa da Misericórdia do Porto*, Porto, Typographia de António José da Silva Teixeira, 1893, p. 254.

<sup>1438</sup> Santa Casa da Misericórdia do Porto, *Relatório dos Actos da Mesa da Santa Casa da Misericórdia do Porto*, Porto, Typographia de A. J. da Silva Teixeira, 1889, p. 240.

<sup>1439</sup> Idem, *ibidem*, p. 249.

## Conclusão

Ao longo da realização deste trabalho muitos foram os problemas com os quais nos deparámos, sobretudo centrados na existência de fontes que nos ajudassem a responder as questões que inicialmente colocámos. Tentámos contornar a ausência de fontes diretas relativas aos processos dos doentes através da leitura dos gráficos construídos com base nos relatórios da SCMP que nos permitiram chegar a algumas conclusões. Também a análise que efetuámos às obras de António Maria de Sena e de Júlio de Matos se mostraram determinantes para avaliar os seus discursos e posteriormente verificarmos a sua tradução em medidas assistenciais.

A institucionalização de alienados em Portugal foi um processo condicionado pela instabilidade política e social que caracterizou o início do séc. XIX, concorrendo para um atraso substancial na implementação de medidas específicas para a assistência a estes doentes. Despertados os poderes políticos era necessário definir em que modelos iriam assentar as práticas assistenciais no nosso país, sendo para tal de grande importância o real entendimento sobre as realidades já existentes.

No início desta Tese foi nos possível concluir que o conhecimento que alguns clínicos demonstravam sobre a situação assistencial dos alienados nos outros países da Europa era, pelo menos, satisfatória. Numa época em que os canais de transmissão de informação eram muito mais reduzidos que na atualidade, não deixa de ser apreciável que alienistas portugueses tivessem um conhecimento, por vezes aprofundado, das realidades existentes em países como Inglaterra, França, Itália, entre outros. Destacámos neste âmbito o contributo de Bernardino António Gomes que, através da sua obra, *Dos Estabelecimentos de Alienados nos Estados Principaes da Europa*, dotou a comunidade científica nacional de importantes informações, quer sobre a estrutura física dos manicómios quer sobre o seu quotidiano assistencial. No entanto, mais que uma descrição paulatina destas instituições, o que mais sobressai é o seu espírito crítico, as considerações que tece sobre diversos domínios como os locais de implantação dos hospitais, a separação dos doentes segundo o sexo, as regras instituídas, a centralização dos poderes na figura do diretor clínico, o grau de burocratização hierárquico, o modelo de financiamento, incluindo na sua análise aspetos de carácter mais técnico como os esgotos e fornecimento de água que fazem notar profundas preocupações com os preceitos higiénico-sanitários vigentes. No sentido de auxiliar os leitores, optou pela inclusão na

sua obra de diversas representações das instituições que visitou que permitiram uma visualização imediata da disposição dos diversos serviços e enfermarias em muitos hospitais de alienados, contribuindo assim para a constituição de um modelo de assistência a implementar em Portugal.

Considerando que, no nosso país, no início do séc. XIX, a assistência aos alienados era realizada em instituições que não se encontravam vocacionadas especificamente para tal, era de esperar que estes conhecimentos fossem vertidos na fundação do primeiro hospital de alienados, o Hospital de Rilhafoles. Muitas eram as críticas às condições assistenciais que eram praticadas no HSJ, o hospital que mais alienados acolhia. Deficiências ao nível da salubridade dos quartos e enfermarias, uso constante de meios repressivos, um quadro clínico insuficiente e mal preparado eram apanágio destas enfermarias que se situavam na antiga adega do Colégio de Santo Antão. Não se pode no entanto esquecer alguns espíritos mais iluminados que procuraram introduzir algumas inovações, como Joaquim Bizarro. Infelizmente as condições físicas do hospital não permitiram alterações de fundo na assistência aos alienados mas o seu trabalho estatístico foi pioneiro em Portugal.

Rilhafoles surge, desde a sua criação, envolvido em dificuldades de vária ordem. Apesar das tentativas de adaptação do antigo convento, muitas foram as críticas que se fizeram ouvir sobre a inadequação daquele espaço para a função a que havia sido dotado. Notamos aqui uma clivagem entre o poder político e os homens da ciência que não se conseguiam fazer ouvir, ou pelo menos, os seus ensejos, que procuravam fundamentar nas práticas adequadas, suas contemporâneas, não eram atendidos. A fundação do hospital lisboeta é disso exemplo, tendo resultado mais de um impulso político perpetrado pelo Duque de Saldanha do que pela análise e reflexão dos estudos que haviam sido realizados. Recordamos os diversos pareceres que consideravam preferível a construção de raiz de um hospital para acolher alienados em detrimento da adaptação de estruturas já existentes. Embora os alienistas portugueses apontassem muitas deficiências que adviriam da adaptação de estruturas conventuais no sentido de virem a acolher estes doentes, os poderes políticos não se manifestaram sensíveis a estes argumentos, invocando motivos frequentemente alicerçados em questões económicas. Esta divergência de opiniões entre o poder político e os alienistas portugueses vai constituir-se como uma constante ao longo da cronologia estudada, embora tenha sido quebrada com a aprovação de algumas iniciativas legislativas, como a Lei Sena de 1889. No entanto, mais importante que a existência de leis que consubstanciassem a alteração de

um paradigma assistencial em Portugal, era a sua execução prática que muito tardou em acontecer e que deu azo a discursos, por vezes bastante inflamados, que reivindicavam o cumprimento das leis em vigor. São muito frequentes as críticas ao Estado por não se coibir de cobrar os impostos previstos na nova legislação no entanto estes não eram canalizados para a assistência aos alienados. Concluímos deste modo por um ambiente pautado por momentos de cristação entre o poder político e os homens da ciência que raras as vezes viam as suas pretensões satisfeitas, mesmo que fossem alicerçadas em preceitos científicos.

Se a fundação do Hospital de Rilhafoles representou um importante acontecimento na alteração das práticas assistenciais vigentes, procurando instituir-se modelos terapêuticos contemporâneos, como a ergoterapia e a hidroterapia, cedo surgiram questões que alteraram de forma significativa a missão do novo hospital. Os problemas com a adaptação do antigo convento às suas novas funções rapidamente se manifestaram e foram acompanhados por uma elevada degradação das instalações, para a qual contribuía também os próprios doentes que não prezavam por comportamentos que favorecessem a preservação das diversas dependências existentes. A deterioração dos diferentes espaços não excluiu o balneário D. Maria II nem as diversas oficinas existentes, esvaziando de significado muitos dos preceitos terapêuticos que se pretendiam implementar. Por outro lado, as características da população internada, como a incurabilidade de muitos doentes, foram responsáveis por uma progressiva alteração de filosofia assistencial na medida em que Rilhafoles, no final do séc. XIX, se apresentava mais como um asilo para alienados do que como um hospital onde estes enfermos poderiam encontrar a cura para a sua doença. Não podemos também esquecer o problema da sobrelotação hospitalar, cujas consequências nefastas eram transversais a muitos dos domínios assistenciais. Embora tenham sido construídos novos edifícios, aumentando deste modo a capacidade de acolhimento do hospital, esta questão vai sempre pautar os discursos dos diretores do hospital que pugnavam pela construção de novos hospitais especializados. Não sendo difícil compreender que o surgimento destas problemáticas representava uma situação com a qual o Estado não se havia anteriormente confrontado, não podemos deixar de concluir pela incúria do mesmo no que respeita à instituição de medidas que contribuíssem para uma diminuição destes problemas e para a promoção da melhoria da qualidade dos cuidados prestados a estes doentes. Deste modo, Rilhafoles, não raras as vezes, continuou a espelhar o abandono a que estes cidadãos eram dotados por parte dos poderes políticos.

A filiação dos alienistas do HCF na teoria da degenerescência vigente é por eles vinculada em diversas obras por eles escritas assim como nas medidas que procuram implementar a quando da sua passagem pela administração do hospital. António Maria de Sena e Júlio de Matos mostraram-se acérrimos defensores da interferência de fatores hereditários na génese da doença mental embora não negassem a existência de condicionantes de ordem social e ambiental. Estava assim encontrada a maior justificação para a necessidade de sequestramento dos alienados em hospitais especializados, pois considerava-se que, em última instância, a procriação dos degenerados poderia originar o desaparecimento da sociedade civilizada. A influência desta teoria na comunidade científica portuguesa leva-nos a concluir que a institucionalização dos alienados surgiu não só como forma de lhes proporcionar melhores condições assistenciais mas também no sentido de proteger a comunidade contra estes indivíduos, que colocavam em risco a evolução da sociedade e não raras as vezes representavam um perigo real para a mesma, tenho em conta os seus períodos de maior agitação e fúria. Todavia não são de descurar as medidas instituídas que tinham como propósito a humanização dos cuidados prestados aos alienados, refutando o uso de meios coercivos como o colete-de-forças. A utilização destes meios encontrava-se regulada pelas normas do Hospital de Rilhafoles e do Conde de Ferreira no entanto os frequentes apelos para que estes fossem utilizados de forma ponderada não deixam dúvidas quanto ao facto da sua frequente utilização e, provavelmente, não respeitando os regulamentos vigentes. Para esta situação terão também contribuído o número nem sempre adequado de recursos humanos nas instituições na medida em que, a diminuição da utilização destes meios coercivos tinha que ser acompanhada por uma maior vigilância dos mesmos o que nem sempre seria possível dado a insuficiência de empregados em ambas as instituições. Por outro lado estes nem sempre se encontravam capacitados para lidar com esta população com características tão específicas, o que justificava a instituição de programas de formação, em especial junto dos enfermeiros, por parte dos médicos das instituições. A humanização dos cuidados passava também por conceder aos alienados furiosos instalações dignas durante o seu internamento. Estas foram sucessivamente descuradas quer em Rilhafoles e mesmo no Conde de Ferreira onde o número de celas para estes doentes cedo se mostrou insuficiente obrigando a administração a construir dois novos pavilhões para os acolherem. Se no caso do hospital lisboeta facilmente percebemos as falhas existentes no dimensionamento destas dependências, considerando a insuficiência do conhecimento relativamente a esta população, o mesmo não se pode dizer no caso do seu congénere do

norte do país. António Maria de Sena tinha um profundo conhecimento da situação que se vivia em Rilhafoles e não se coibiu de a criticar com alguma frequência. No entanto, quando assume a direção do HCF, não alertou os responsáveis para necessidade de dotar a instituição de um maior número de dependências para acolher estes alienados. Entendemos deste modo que o processo de institucionalização dos alienados em Portugal foi marcado, por um lado, pela influência da teoria da degenerescência e por outro por uma filosofia que procurava um tratamento mais brando para com os doentes, alicerçado na recusa da utilização de meios coercivos de contenção física. No entanto, a realidade assistencial vai mostrar-se bem distinta.

Apesar de ter sido identificado com alguma celeridade o problema da sobrelotação no Hospital de Rilhafoles, apenas 35 anos após a sua inauguração vamos assistir à fundação de um novo hospital, dando continuidade ao modelo de institucionalização dos alienados. Esta nova instituição acaba por nascer, não por vontade assumida dos poderes públicos mas sim fruto de uma ação de beneficência privada, perpetrada por Joaquim Ferreira dos Santos que fez direcionar, a quando da sua morte, grande parte da sua fortuna para a construção de um hospital de alienados. Este gesto encontra-se em consonância com os movimentos filantrópicos que eram frequentes no séc. XVII no entanto não deixa de surpreender pela verba que foi adstrita não só para a construção do hospital de alienados como para a edificação de muitas escolas primárias disseminadas por todo o país. Alguns autores referem que que tal sucedeu por influência de seu amigo Domingos Ribeiro, redator do seu testamento, sendo também atribuída a D. Pedro V e ao Conde de Samodães algumas influências no mesmo sentido. Seriam necessários 16 anos após o seu falecimento para que a nova instituição fosse inaugurada, afirmando-se como o primeiro hospital de alienados contruído de raiz em Portugal. Embora o processo de construção deste estabelecimento tenha causado alguma celeuma, notamos as preocupações que a testamentaria demonstrou, por exemplo, na escolha do local de construção, tendo procurado que o mesmo estivesse de acordo com os preceitos científicos seus contemporâneos. Ao contrário do que aconteceu com o Hospital de Rilhafoles, resistiu-se à tentação de adaptação de edifícios já existentes, como o Convento da Formiga, que se apresentaria menos oneroso para a testamentaria, optando-se pela construção de um novo hospital, de acordo com os preceitos que três décadas antes eram já assumidos pelos alienistas portugueses. Poderíamos pensar que, estando perante um edifício construído com o desígnio de acolher estes doentes, este representaria uma mais-valia assistencial



substancial, como se preconizara na década de 40, no entanto as circunstâncias apuradas vão interferir de modo a condicionar as práticas assistenciais adotadas.

A figura de António Maria de Sena, como primeiro diretor do hospital, reveste-se de especial importância. Percebemos que dispunha de um profundo entendimento sobre as questões que diziam respeito ao funcionamento dos hospitais de alienados, mantendo um tom muito crítico para com as realidades que considerava desadequadas, sobretudo relativamente aos métodos e condições assistenciais existentes no Hospital de Rilhafoles. Seria de esperar que, fruto das convicções presentes nos seus discursos, a realidade implantada no HCF fosse distinta, pautada por padrões de qualidade mais elevados. Esta expectativa residia em primeiro lugar, pelo facto de estarmos perante um hospital que havia sido construído de raiz para acolher alienados. Se muitas das críticas que eram feitas ao Hospital de Rilhafoles se deviam ao facto de este ter resultado de uma adaptação de uma estrutura conventual antiga, que se mostrava pouco adequada e potenciadora de uma maior rapidez na degradação das condições físicas da instituição, seria expectável encontrarmos uma realidade distinta no hospital portuense. Todavia muitas vão ser as críticas à construção inicial em domínios tão distintos como a qualidade dos materiais, a insuficiência de quartos para furiosos, a escassez de água, o planeamento do sistema de esgotos assim como as instalações das salas de banhos. Estas críticas vão aumentando de tom à medida que avançamos na cronologia, o que fazem crer na influência do desgaste provocado pelo tempo paralelamente à utilização das instalações por uma população que muitas vezes não se caracteriza por usar os recursos disponíveis da forma mais adequada. A procura de culpados na degradação das instalações é também frequente. Assistimos a muitas acusações centradas na negligência da testamentaria do Conde de Ferreira embora o facto de a consulta de facultativos sobre as obras do hospital ter sido praticamente nula seja também ela referenciada como fator propício a erros no planeamento das instalações hospitalares. Se a reprovação gradual do novo edifício se pode compreender à luz dos equívocos que possam ter sido cometidos pela testamentaria, o mesmo já não se pode afirmar das lacunas que foram sendo detetadas na construção dos edifícios erguidos durante o período em estudo como o hospital-barraca e os pavilhões para furiosos. Novamente as críticas encontradas foram em grande número, com origem em diversos quadrantes e consubstanciavam deficiências ao nível das regras de higiene mais elementares, o que não seria suposto acontecer numa instituição que prestava cuidados a pessoas enfermas. Estas ocorrências transportam-nos inevitavelmente para uma gestão que não se soube rodear de profissionais com competências técnicas para colmatar

erros que anteriormente foram alvo de grandes reparos. Não negamos o esforço que os clínicos, como António Maria de Sena e Júlio de Matos, demonstraram ao inteirar-se de domínios cujos pormenores não deveriam dominar. Todavia essa ousadia não teve os efeitos desejados.

No que diz respeito ao corpo clínico do hospital, não temos dúvidas que Sena e Júlio de Matos em muito contribuíram para que o HCF desempenhasse dignamente as funções para que havia sido erguido assim como para a evolução da Psiquiatria em Portugal. António Maria de Sena redigiu um regulamento extenso e muito burocratizado que pressupunha a existência de uma cadeia hierárquica que convergia em muitos domínios para a figura do diretor clínico. Assume esta decisão baseando-se no modelo preconizado por Pinel, no início do séc. XIX, no entanto estamos em crer que este paradigma não se adequou à realidade assistencial do HCF. Tal facto poderá ter derivado de um elevado número de doentes, um conjunto de competências muito diversas, associado a um quadro de recursos humanos por vezes reduzido e nem sempre o mais qualificado. A acrescentar a estas circunstâncias juntavam-se, numa fase inicial, os longos períodos que Sena se ausentava do hospital para cumprir com as suas obrigações como Par do Reino. Como consequência, a observação clínica dos doentes terá ficado comprometida, a vigilância sobre os restantes funcionários não deveria ser a mais eficaz e a reparação de muitos equipamentos e manutenção das infraestruturas existentes não terá sido a mais adequada. Quando Júlio de Matos assume a direção do hospital e apesar de pouco tempo depois vermos inscrito no regulamento definitivo a necessidade de permanência efetiva de um facultativo nas suas instalações, estamos em crer que a situação não se terá alterado substancialmente. Julgamos ser humanamente impossível o cumprimento de todas as disposições que se encontravam afetas ao diretor clínico e o nosso parecer é confirmado por algumas alterações introduzidas a quando da criação dos regulamentos especiais. No entanto foi perceptível que ambos os diretores procuraram, tendo em conta os seus recursos e possibilidades, introduzir no novo hospital os melhores preceitos terapêuticos a par do desenvolvimento da Ciência Psiquiátrica no nosso país. Não podemos olvidar os esforços de António Maria de Sena quando procurava instituir linhas de investigação que conduzissem a novas descobertas nestes domínios lutando para a edificação de uma casa de autópsias e dotando-a de equipamentos adequados. Todavia, no período estudado a produção científica produzida pelo hospital terá ficado aquém do ambicionado inicialmente. Também o seu sucessor se mostrava desagradado com este facto culpando o elevado número de doentes incuráveis pela dificuldade em encetar

estudos de investigação válidos. Percebemos assim que ambos se encontravam imbuídos de um espírito reformador, procurando acompanhar o que de melhor se fazia na Europa. No entanto não dispunham das condições necessárias nem tão pouco foram capazes de as proporcionar embora os seus discursos atestem um bom diagnóstico das dificuldades existentes e procurassem, junto dos poderes políticos, soluções que pudessem colmatar as falhas detetadas.

Plasmada em vários documentos encontrámos a importância da qualificação adequada dos funcionários nomeadamente no que dizia respeito aos clínicos e enfermeiros. Acreditando que a assistência aos alienados poderia ser melhorada através da formação foram instituídos cursos livres de Psiquiatria para a comunidade médica e equacionava-se a contratação de um professor cuja função educativa iria centrar-se nos enfermeiros da instituição. Apesar da educação formal dos funcionários não parecer ter sido relevante estamos em crer que esta devia ser efetuada no quotidiano hospitalar. Todavia, dada a especificidade da população internada deveriam ter sido tomadas mais iniciativas neste âmbito por parte da administração clínica do hospital.

A população acolhida no novo hospital era equitativa no que referia à distribuição dos sexos o que não nos surpreende tendo em conta a necessidade instituir uma rigorosa separação de género nos doentes internados. Tal facto levou a que fossem construídos como que dois hospitais distintos, que podiam funcionar de forma independente um do outro, com uma capacidade para acolher alienados muito semelhante entre si. Os indivíduos indigentes e com baixos rendimentos representavam a maioria dos doentes sendo no entanto a sua entrada condicionada à admissão de pensionistas, com vista a não comprometer a estabilidade financeira do hospital. Neste sentido compreendem-se os esforços da direcção em diferenciar as condições habitacionais dos indivíduos pertencentes à 1ª e 2ª classe bem como a sua alimentação e inclusive o modo como os funcionários deveriam tratar os doentes. Estas medidas constituíam-se assim como estratégias que procuravam aumentar o número de alienados pensionistas internados. Sendo a generalidade dos alienados de baixos recursos financeiros, não nos surpreendemos com o facto de a sua maioria não ter qualquer profissão ou se dedicar a trabalhos manuais ou à agricultura. Estas atividades eram consideradas como frequentemente predisponentes a fenómenos de alienação mental e transportavam consigo o problema da reintegração social do alienado após a sua alta que era assim dificultada na medida em que facilmente se estabelecia um ciclo vicioso entre a pobreza e a doença mental que conduzia a reinternamentos e a uma lenta degradação das condições de saúde do indivíduo.

Mostrou-se também importante conhecermos a proveniência destes doentes que, na sua generalidade, provinham da zona Norte de Portugal o que nos faz crer que o HCF funcionava como um hospital regional. As dificuldades de carácter logístico na deslocação dos alienados estariam na base deste fenómeno que contribuía para uma configuração regional dos dois hospitais de alienados existentes no país, acolhendo Rilhafoles doentes provenientes maioritariamente do Centro, Lisboa e Sul de Portugal. Recordamos que no final do séc. XIX a implantação geográfica da Ordem Hospitaleira de São João de Deus em Portugal se resumia à Casa de Saúde do Telhal, nos arredores de Lisboa e o seu contributo para a assistência a estes doentes era ainda residual, fruto do diminuto número de alienados que acolhia. Situação semelhante sucedia com as Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus, que não dispunham de muitas vagas nas duas instituições que geriam, a Casa de Saúde da Idanha e Casa de Saúde de Santa Rosa Lima, também nas proximidades da capital.

Notámos ainda que o estado civil mais representado na população intra-hospitalar dizia respeito aos solteiros o que poderia contribuir para uma rede de apoio familiar mais reduzida com importantes consequências no projeto de reintegração social dos doentes. Esta situação era também expectável embora não fosse possível determinar se era a alienação mental que impedia os indivíduos de constituírem família ou, em oposição se seria a própria condição de solteiro contributiva para o surgimento da doença.

A maioria dos indivíduos que ingressavam no HCF estavam na idade adulta o que se encontrava em linha, à época, com a incidência das doenças mentais de acordo com a faixa etária. Os indivíduos mais jovens e mais idosos representavam apenas uma pequena parte da população alienada internada o que era habitual tendo em conta as dificuldades em diagnosticar algumas doenças na infância e o facto da esperança média de vida ser também ela reduzida.

As características que identificámos na população internada vão ao encontro dos dados que outros alienistas haviam recolhido anteriormente pelo que no interior do hospital estaríamos perante uma amostra representativa dos alienados portugueses que na sua maioria eram adultos, solteiros e de baixo nível socioeconómico. Estas duas últimas particularidades terão contribuído, a par da incurabilidade da doença, para o problema da sobrelotação do hospital pois concorriam para uma deficiente rede de suporte familiar da qual resultava frequentemente uma grande dificuldade de reintegração do alienado na sociedade. Esta problemática foi frequentemente alvo de discussão por parte dos diretores clínicos que procuravam soluções para esta questão, quebrando este ciclo vicioso. Assim,

a obtenção de sustento económico através de uma ocupação adequada, mostrava-se como uma das soluções preconizadas pelos facultativos que chegaram inclusive a admitir como funcionários do HCF antigos doentes. Apesar da importância conferida à necessidade um planeamento da alta dos doentes, as medidas concretas que encontramos nas fontes analisadas foram reduzidas o que traduz divergências entre os discursos e as práticas assistenciais instituídas.

Ao longo do período em estudo registou-se um aumento progressivo do número de alienados internados no HCF, configurando um problema de sobrelotação que foi identificado de forma célere. Logo em 1887 encontravam-se internados mais doentes que a capacidade máxima prevista no regulamento provisório. As medidas tomadas no sentido de pôr cobro a esta situação desenvolveram-se segundo dois eixos distintos: o aumento do número de camas disponíveis e uma maior regulamentação na entrada dos alienados. No que se refere ao aumento da capacidade do hospital, verificámos que ao longos dos anos se construíram novos edifícios, como o hospital-barraca e os pavilhões de furiosos que procuravam dotar a instituição de melhores condições assistenciais para os alienados que sofriam de moléstias intercorrentes e para os alienados furiosos. Também a construção de outros edifícios para acolherem os profissionais da instituição e as oficinas tinham como objetivo libertar espaço no interior do hospital no sentido de se prover um maior número de camas para acolher os doentes. Por outro lado regulamentou-se a entrada dos doentes dando, numa fase inicial, prioridade às situações agudas e posteriormente permitindo apenas a admissão de doentes considerados curáveis. Paralelamente a estas modificações, clamava-se pelo cumprimento da Lei Sena de 1889, movendo a SCMP as suas influências junto do Estado e de Sua Majestade sem no entanto ter conseguido os seus propósitos. Relembramos que António Maria de Sena se encontrava muito bem informado sobre as estatísticas relativas ao número de alienados em Portugal, tendo inclusive desenvolvido um estudo nesse âmbito do qual demos conta anteriormente. Também a situação de Rilhafoles, onde a problemática da sobrelotação da população constituía um enorme flagelo, era por ele sabida. Perante estas circunstâncias questionamo-nos porque não foram instituídas medidas de controlo na admissão dos doentes logo a quando da abertura do hospital ou porque não foram alocadas um maior número de celas para doentes furiosos. Não estamos em crer que, do ponto de vista económico, estas medidas representassem um problema para o hospital nem tão pouco que tenha existido alguma pressão por parte da Mesa ou de outras autoridades. Deste modo apenas podemos concluir por uma leitura pouco eficaz da realidade nacional no que

dizia respeito à problemática da assistência dos alienados sendo que os diretores do HCF se perfilavam como os indivíduos que melhor deviam entender este problema e que mais capacidades possuiriam para influenciar a Misericórdia do Porto a tomar medidas concretas.

No que se refere ao número de doentes entrados no hospital, a situação foi significativamente diferente na medida em que este indicador se encontrava dependente do número de vagas existentes na instituição. Dada a situação de incurabilidade de muitos alienados, a entrada de novos doentes acabava por estar sujeita não só à taxa de curabilidade como também à taxa de mortalidade. A taxa de curabilidade durante o período estudado não se apresentou como significativa, situando-se muitas vezes num valor inferior a 6%. No entanto no cálculo deste indicador apenas considerámos os indivíduos que abandonavam o hospital como curados não tendo em consideração os doentes que saíam melhorados, no mesmo estado ou piorados. A taxa de mortalidade era um pouco mais elevada, a rondar, em média, os 8%. Estes dados estatísticos reforçam o maior problema anteriormente identificado, a sobrelotação do hospital. A esta realidade aliava-se uma alteração conceptual, sendo cada vez mais frequente a utilização do termo asilo para designar um estabelecimento que acolhesse alienados incuráveis. Os apelos que a Misericórdia do Porto dirigia aos poderes públicos procuravam evitar que o HCF se transformasse num asilo, desvirtuando assim a sua missão assistencial.

Não deixa de ser interessante que muitos doentes abandonavam o hospital sendo a sua situação clínica descrita como no mesmo estado ou piorado. Poderíamos ser levados a pensar que esta situação representaria a assunção da falência dos planos terapêuticos instituídos, no entanto temos que considerar que por vezes as altas dos doentes eram solicitadas pelos próprios familiares, mesmo não estando os doentes totalmente curados. Por outro lado, perante a incurabilidade da doença não era de estranhar que algumas famílias optassem por recolher no seu domicílio os seus alienados.

As baixas taxas de curabilidade encontradas podem também ser reflexo de práticas terapêuticas com pouco sucesso. Relembramos que este se traduzia em medidas de tratamento físico e moral, como preconizado em outras instituições. No âmbito dos tratamentos físicos ganhava destaque a hidroterapia considerando que a água desde sempre havia sido conotada com efeitos terapêuticos. Podemos avaliar a sua importância nos discursos de Sena e Matos que frequentemente aludem à importância deste elemento. Deste modo seria de esperar que os locais onde os banhos eram administrados, as salas de banhos, funcionassem sem grandes problemas, no entanto não foi isso que nós

encontrámos. Desde dificuldades com o abastecimento da água quente a oscilações de pressão, muitas foram as críticas que tinham como alvo o deficiente funcionamento destas dependências. No seguimento dos problemas detetados as obras nas repartições de banhos eram frequentes e não é difícil concluir por uma utilização reduzida destas terapias durante os períodos de tempo em que estas decorriam. No final do período em estudo e após a conclusão de importantes remodelações, o hospital abriu a dependência central de banhos ao público externo, consubstanciando um dos raros momentos de penetração no interior do hospital por parte da comunidade. Não nos é feita referência aos motivos pelos quais pessoas externas ao hospital usufruíam, através do pagamento de uma quantia pecuniária, dos recursos hidroterápicos mas não é de descartar a hipótese de estarmos perante um modelo de cuidados na comunidade que havia já sido pensado no sentido de diminuir as listas de espera para admissão no hospital. Nesta mesma linha de pensamento, a farmácia hospitalar fornecia também medicamentos a título gratuito a alienados indigentes que não se encontravam institucionalizados. Esta abertura do HCF à comunidade terá sido todavia residual, a avaliar pelas reduzidas quantias despendidas com medicamentos para doentes externos. No entanto estávamos perante uma inovação que de modo gradual foi sendo implementada no modelo de assistência nacional o que faz notar uma nova visão por parte dos responsáveis do HCF.

Notamos também que a prática da hidroterapia marítima terá sido residual pois apenas encontrámos um registo de verbas despendidas em banhos de mar. A não inclusão desta terapia no plano terapêutico dos doentes poderá ter a ver com dificuldades logísticas pois não seria fácil a deslocação destes indivíduos até às praias e a vigilância que deveria ser exercida necessitaria de um elevado número de recursos humanos.

Apesar das propriedades terapêuticas da água serem frequentemente reconhecidas, alguns autores defendiam que estávamos perante uma nova forma de contenção, renegando esta terapia e considerando que apenas substituíam o colete-de-forças. Parece-nos óbvia a necessidade de diminuir os níveis de excitação e de agressividade dos doentes e se antes tal só era conseguido através do uso de meios coercivos, as novas filosofias assistenciais massificadas por Pínel promoveram um tratamento mais humanitário destes doentes. No entanto mantinha-se a necessidade de diminuir o grau de excitação dos alienados na medida em que por vezes daí poderiam advir problemas de segurança quer para si quer para os restantes doentes ou mesmo profissionais. Neste sentido, o uso da hidroterapia, quer como meio curativo quer como

contentivo, parece-nos adequado e de acordo com os preceitos assistenciais seus contemporâneos que pugnavam por uma maior humanização dos cuidados.

Ainda no âmbito das terapias físicas aplicadas faziam parte os recursos farmacológicos. São frequentes as críticas ao facto da farmácia do HCF se encontrar afeta ao HSA devido aos problemas de ordem logística que esta situação acarretava na medida em que mais formulários eram necessários havendo também a necessidade de dispor de funcionários para se deslocarem ao centro da cidade para irem aviar as receitas. O nosso conhecimento sobre os fármacos efetivamente utilizados no tratamento dos alienados é reduzido, devido à impossibilidade de consultarmos a maioria dos processos dos doentes. Destaca-se o uso do brometo de potássio que atuava no grau de excitação dos alienados no sentido de o reduzir. Outros medicamentos com funções purgativas deveriam ser frequentemente utilizados dado a frequência de episódios de obstipação nestes doentes. Não é ainda de descuidar o uso substâncias estimulantes como álcool ou a cafeína tendo em conta a existência de muitos doentes melancólicos. Através das fontes consultadas facilmente se conclui que Júlio de Matos dispunha de importantes conhecimentos no âmbito dos fármacos que poderiam ser utilizados nas várias situações de doença mental, no entanto não dispomos de dados para confirmar o seu uso no HCF durante o período estudado.

Outras terapias que consubstanciavam tratamentos de ordem física poderão ter sido executados no HCF, como os tratamentos cirúrgicos. Esta hipótese baseia-se na aquisição de material para o bloco operatório e na contratação de um cirurgião já no início do séc. XX pelo que estariam reunidas as condições para se realizarem intervenções como a craniotomia ou punções lombares. No entanto não encontramos exemplos concretos da aplicação destas técnicas.

No que concerne às terapias morais utilizadas ganha destaque a instituição do isolamento dos alienados, que era conseguido, desde logo, pela localização do hospital pois situava-se numa zona rural embora não muito distante de um centro urbano. O isolamento consistia na alteração do ambiente sociofamiliar do alienado que era substituído por um quadro de regras que normalizavam o seu quotidiano, combatendo-se a ociosidade. O valor terapêutico do isolamento assentava na premissa que retirar o alienado do seu ambiente habitual protegia-o da sua existência normal, diminuindo a interferência de fatores ambientais que contribuíam para a existência de doença mental. Notamos aqui que, tendo em conta que muitos doentes se encontravam influenciados por uma série de fatores hereditários, a eficiência deste método terapêutico seria reduzida.



Por outro lado, os reinternamentos também pareciam acontecer com alguma regularidade, o que mais uma vez vai ao encontro da reduzida eficácia deste tratamento. No entanto este era sem dúvida o preceito terapêutico mais enraizado no seio da instituição, onde as visitas eram fortemente condicionadas, havendo necessidade de uma autorização expressa por parte do diretor clínico. No entanto, eram permitidas por vezes saídas do alienado ao seu domicílio, devendo os seus familiares ser instruídos como deviam agir com o doente. Esta preocupação denota uma das poucas iniciativas encontradas no sentido de preparar o doente para a sua saída do hospital.

No que se refere à instituição do trabalho com fins terapêuticos no HCF encontrámos também algumas contradições entre os discursos e as práticas instituídas. Não podemos negar que os clínicos do HCF e os alienistas de forma geral consideravam que a ergoterapia constituía uma ferramenta terapêutica no processo de tratamento dos alienados. Todavia, seria expectável encontrarmos um maior número de referências nos livros de admissão e nos relatórios da SCMP perante a importância que é atribuída a esta terapia. Foi possível verificarmos, por outro lado, que o investimento empreendido nas diversas oficinas existentes no hospital nunca foi completamente descurado pelas diversas administrações, o que nos fez questionar se não estaríamos perante um aproveitamento económico por parte do hospital do trabalho dos alienados. Esta questão levou-nos a analisar os relatórios de contas das diversas oficinas para percebermos até que ponto as mesmas eram lucrativas. Embora com realidades distintas não podemos concluir que os lucros gerados por estas dependências representassem, no cômputo geral do orçamento da instituição, uma importância relevante. A acrescentar a este facto, deparamo-nos, por exemplo, com a inativação da oficina de cordoaria, com resultados económico positivos, pela oficina de vassouraria que não tinha o inconveniente de o trabalho ser executado ao ar livre. Nesta linha de pensamento, onde procurámos reter as vantagens do trabalho com fins terapêuticos, registamos as informações que nos são fornecidas que assimilam a importância da aquisição por parte dos alienados de competências técnicas que lhes permitissem adquirir um meio de sustento aquando da sua alta e, consequentemente, uma diminuição das recidivas. O facto de, estatutariamente, se encontrar previsto que uma pequena parte do lucro do trabalho dos alienados fosse canalizado para um fundo de maneio para auxiliar os doentes quando abandonassem o hospital, reforça esta ideia da procura de soluções para que os doentes não voltassem a ser internados, considerando o binómio pobreza/alienação frequentemente observado.

Por outro lado, não é possível contabilizarmos a poupança que resultava para a economia hospitalar do trabalho que os alienados desenvolviam nas enfermarias a auxiliarem os criados. Encontramos algumas referências que nos afirmavam que era nestes trabalhos que mais doentes se ocupavam, a par das atividades na quinta o que é compreensível dado as condições de logística e as capacidades dos alienados. No entanto não nos podemos esquecer que muitos destes doentes necessitariam de supervisão para realizarem as suas tarefas pelo que uma parte do trabalho dos funcionários estaria afeta a vigiar a correta execução das tarefas atribuídas.

Por último, não podemos esquecer que estávamos perante uma população com características especiais, que era necessário disciplinar combatendo a ociosidade e instituindo regras que regulassem o quotidiano da instituição. Não negamos a validade das teorias que vêem o alienado como um indivíduo cuja dificuldade de inserção no seio de uma sociedade que cada vez mais apreciava a força de trabalho, tenha contribuído para que fossem instituídas medidas que promovessem a valorização do ponto de vista laboral destes doentes. Todavia, pelo menos na realidade que estudámos no HCF, sendo o seu contributo para a economia hospitalar reduzido e existindo, por um lado, a assunção dos atributos terapêuticos do trabalho aliado à normalização do quotidiano institucional, estamos em crer na valorização da ergoterapia face aos proveitos económicos que dela se poderiam retirar.

Após a análise que efetuámos direcionada para a História do Hospital Conde de Ferreira temos que concluir que este representou uma importante evolução no que se refere aos cuidados prestados aos alienados em Portugal. Apesar de alguns problemas terem pautado o quotidiano desta instituição, como a sobrelotação e a degradação, embora pontual, das condições físicas, a sua importância é justificada não só pelo aumento significativo da capacidade de acolhimento destes doentes a nível nacional, como também pela tentativa de dotar o hospital de meios terapêuticos que consubstanciassem uma efetiva evolução das condições assistenciais.

Torna-se pertinente retomarmos o título desta Tese, que nos conduz para o binómio discursos / práticas tendo como exemplo o HCF. Apesar de os principais protagonistas identificados pautarem os seus discursos por vetores assentes na qualidade dos meios assistenciais, na necessidade de condução de estudos de investigação e na procura de um distanciamento com o Hospital de Rilhafoles almejando paridade com outras instituições europeias, a verdade é que os problemas com os quais se depararam invalidaram uma tradução plena no quotidiano assistencial dos seus discursos.

Relembramos a continuidade do uso de meios de repressão, os constantes problemas nas salas de banhos, a reduzida investigação científica bem como o elevado número de doentes incuráveis que povoavam o hospital, exemplo de uma estratégia que não atingiu tradução plena no quotidiano assistencial do HCF.

O diálogo que fomos estabelecendo com as fontes consultadas permitiu-nos não só encontrar respostas para as questões que havíamos previamente colocado como estabelecer novas pistas cuja investigação seria relevante. Tendo por base uma perspetiva comparativista seria interessante encetar estudos que aprofundassem a rivalidade que notámos existir entre os dois principais estabelecimentos que acolhiam alienados em Portugal no final do séc. XIX assim como investigar, do ponto de vista sociológico a imagem que a sociedade tinha do louco.

Cabe-nos também dirigir uma palavra de sensibilização às entidades competentes para que seja disponibilizado o acervo documental respeitante ao HCF cuja consulta nem sempre foi possível. O modelo de centralização dos arquivos das diversas dependências da Misericórdia do Porto no edifício da Prelada que aparenta estar em desenvolvimento, com o recurso à digitalização de alguns documentos, afigurar-se como um caminho adequado, na medida em que em muito facilita o trabalho do investigador e promove uma consequente produção e divulgação do trabalho científico.

## Fontes e bibliografia

### Fontes

#### Fontes manuscritas

##### Arquivo do Hospital de Santo António

Hospital de Alienados do Conde de Ferreira, *Livro de Admissão definitiva - colocação voluntária*, Porto, Imprensa Real, 1885.

Hospital de Alienados do Conde de Ferreira, *Livro de inscrição de 1ª classe*, Porto, Imprensa Real, 1883.

Hospital de Alienados do Conde de Ferreira, *Livro de inscrição de 1ª classe*, Porto, Imprensa Real, 1884.

Hospital de Alienados do Conde de Ferreira, *Livro de inscrição de 1ª classe*, Porto, Imprensa Real, 1884.

##### Arquivo da Santa Casa da Misericórdia do Porto

Livro de atas da Mesa da Santa Casa da Misericórdia do Porto, 1883.

Livro de atas da Mesa da Santa Casa da Misericórdia do Porto, 1884.

##### Biblioteca do Hospital Conde de Ferreira

Hospital de Alienados do Conde de Ferreira, *Livro de Admissão definitiva - colocação voluntária*, Porto, Imprensa Real, 1883.

Hospital de Alienados do Conde de Ferreira, *Livro de Admissão definitiva - colocação voluntária*, Porto, Imprensa Real, 1884.

#### Fontes impressas

BEIRÃO, Caetano da Silva, “Apontamentos para a história dos alienados em Portugal”, in *Jornal da Sociedade de Ciências Médicas de Lisboa*, tomo I, Julho de 1847, pp. 29-151.

BEIRÃO, Caetano da Silva, "1º relatório acerca do modo de adaptar o edifício de Rilhafolles para hospital de alienados", in *Jornal da Sociedade de Ciências Médicas de Lisboa*, tomo III, Fevereiro de 1849, pp. 290-302.

BEIRÃO, Caetano, "Discurso recitado na Sociedade das Ciências Médicas de Lisboa na Sessão solene aniversária de 10 de Junho de 1849 pelo Dr. Caetano Maria Ferreira da Silva Beirão, terceira vez eleito Presidente da mesma Sociedade", in *Jornal da Sociedade de Ciências Médicas de Lisboa*, tomo III, Junho de 1849, pp. 321-346.

BEIRÃO, Caetano da Silva, "2º relatório acerca do modo de adaptar o edifício de Rilhafolles para hospital de alienados", in *Jornal da Sociedade de Ciências Médicas de Lisboa*, Tomo III, Fevereiro de 1849, p. 317-330.

BEIRÃO, Caetano, "Breves considerações estatísticas acerca do hospício d'alienados de Rilhafolles desde Janeiro a Junho de 1849, tempo em que dirigi aquelle estabelecimento", tomo V, in *Jornal da Sociedade de Ciências Médicas de Lisboa*, Julho de 1851, pp. 9-24.

BIZARRO, Joaquim Abranches, "Estatística médica das enfermarias d'alienados de ambos os sexos no Hospital de São José de Lisboa nos dois annos desde 6 de Julho de 1835 a 5 de Julho de 1836 (1º anno), e desde 6 de Julho de 1836 a 5 de Julho de 1837 (2º anno)", in *Jornal da Sociedade de Ciências Médicas de Lisboa*, tomo V, Julho de 1838, pp. 201-225.

BIZARRO, Joaquim Abranches, "Considerações sobre o melhor modo de se poder estabelecer hum Hospício de Alienados", in *Jornal da Sociedade de Ciências Médicas de Lisboa*, Tomo V, Julho de 1837, pp. 257-266.

BOMBARDA, Miguel, *O Hospital de Rilhafolles e os seus serviços em 1892-1893*, Lisboa, Imprensa Nacional, 1894.

BOMBARDA, Miguel, "O Hospital de Rilhafolles e os seus serviços em 1900-1901", in *A Medicina Contemporânea*, II Série, Vol. V, Lisboa, 1902, pp. 352-353.

BOMBARDA, Miguel, "O Hospital de Rilhafolles e os seus serviços em 1904-1905", in *A Medicina Contemporânea*, II Série, Vol. IX, Lisboa, 1906, p.364.

*Cárcere Privado em pleno século XX!...*, Lisboa, Imprensa Lucas, 1909.

*Sobral Cid*, Lisboa, Fundação Calouste Gulbenkian, 1984. 1ª edição em 1925, pp. 26-61.

CID, José de Matos Sobral, "Reforma e actualização da assistência psiquiátrica em Portugal", in *Obras de José de Matos Sobral Cid*, Lisboa, Fundação Calouste Gulbenkian, 1984. 1ª Edição em 1927, pp. 63-124.

CID, José de Matos Sobral, "O professor Miguel Bombarda: a sua carreira e a sua obra de alienista", in *Obras de José de Matos Sobral Cid*, Lisboa, Fundação Calouste Gulbenkian, II Vol., 1984, pp. 3 – 21, 1ª edição em Dezembro de 1927, pp. 3-21.

CID, José de Matos Sobral, “Processo histórico e moderna orientação da assistência psiquiátrica” in *Obras de José de Matos Sobral Cid*, Lisboa, Fundação Calouste Gulbenkian, 1984. 1ª Edição em 1931, pp. 125-148.

CID, José de Matos Sobral, “Clínica Psiquiátrica de Lisboa”, in *Obras de José de Matos*

COSTA, Luís Pereira da, *Banhos de Mar – Elementos de Hydroterapia Marítima*. Coimbra, Imprensa da Universidade, 1882.

GOMES, António Luiz, *Alienados incuráveis*, texto datilografado, 1910.

GOMES, Bernardino António, *Dos Estabelecimentos de Alienados nos Estados Principaes da Europa*, Lisboa, Ulmeiro, 1999. 1ª Edição em 1843.

“Hospital de alienados do Conde de Ferreira II”, jornal *Província*, 21 de Agosto de 1986.

LEMONS, Magalhães, *Note sur l'assistance des aliènes en Portugal*, Porto, Officina Typographica do Hospital de Alienados do Conde de Ferreira, 1908.

MATOS, Júlio de, “Ensaio Sobre a Evolução em Biologia”, in *O Positivismo*, Porto, Vol. I, 1878-1879, pp. 94-101; pp. 208-212; pp. 291-294.

MATOS, Júlio de, *Pathogenia das Hallucinações*, Porto, Imprensa Real, 1880.

MATOS, Júlio de, *História Natural Ilustrada*, Porto, Livraria Universal, 6 vol., 1880-1882.

MATOS, Júlio de, *Manual das Doenças Mentaes*, Porto, Livraria Central de Campos e Godinho, 1884.

MATOS, Júlio de, *Os Alienados nos Tribunaes I*, Lisboa, Tavares Cardoso e Irmão, 1902.

MATOS, Júlio de, *Os Alienados nos Tribunaes II*, Lisboa, Tavares Cardoso e Irmão, 1903.

MATOS, Júlio de, *Os Alienados nos Tribunaes III*, Lisboa, Tavares Cardoso e Irmão, 1907.

MATOS. Júlio de, “Os alienados em Portugal”, In *Notas sobre Portugal*, Vol. 1, Lisboa, Imprensa Nacional, 1908.

MATOS, Júlio de, *Elementos de Psychiatria*, Porto, Livraria Chardon de Lello & Irmão, 1911.

MATOS, Júlio de, *A Loucura. Estudos Clínicos e Médico-Legaes*, Lisboa, Livraria Clássica Editora, 1914.

OLIVEIRA, Casimiro A. D', *O casamento e a alienação mental*, Dissertação inaugural apresentada à Escola Médico-cirúrgica do Porto, Porto, Typographia Occidental, 1893.

PATRÍCIO, António, *Assistência aos Alienados Criminosos*, Dissertação inaugural apresentada á Escola Médico-cirúrgica do Porto, Porto, Typ. do Porto Medico, 1908.

PORNAIN, Dr, *Assistance et traitement des idiots, imbéciles, débiles, dégénérés amoraux, crétins, épileptiques (adulte et enfants)*, Paris, Félix Alcan éditeur, 1900.

PULIDO, Francisco Martins, *Relatorio sobre a organização do Hospital de Alienados em Rilhafolles*, Lisboa, Imprensa Nacional, 1852.

*Regulamento do Hospital d'Alienados estabelecido no edificio de Rilhafolles*, Lisboa, Imprensa Nacional, 1851.

RIBEIRO, António Maria, *Peças relativas à organização do edificio da Luz para um hospital d'alienados d'ambos os sexos*, Lisboa, Imprensa Nacional, 1843.

RIBEIRO, Domingos de Almeida, *Notícia das irregularidades da execução do Benemérito snr. Conde de Ferreira*, Porto, Santa Casa da Misericórdia do Porto, 1884.

RIBEIRO, Domingos de Almeida, *Exame das contas da gerência testamentaria do Benemérito Conde de Ferreira*, Porto, Officina Typographica do Hospital Conde de Ferreira, 1891.

SAMODÃES, Conde de, “Ofício”, in SENA, António Maria de, *Os alienados em Portugal*, Porto, Ulmeiro, 2003. 1ª Edição em 1883.

SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DO PORTO, *Regulamento Geral do Hospital de Alienados do Conde de Ferreira*, Porto, Imprensa Real, 1883.

SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DO PORTO, *Relatório dos Actos da Mesa da Santa Casa da Misericórdia do Porto*, Porto, Typographia de António José da Silva Teixeira, 1883.

SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DO PORTO, *Relatório dos Actos da Mesa da Santa Casa da Misericórdia do Porto*, Porto, Typographia de António José da Silva Teixeira, 1884.

SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DO PORTO, *Relatório dos Actos da Mesa da Santa Casa da Misericórdia do Porto*, Porto, Typographia de António José da Silva Teixeira, 1885.

SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DO PORTO, *Relatório dos Actos da Mesa da Santa Casa da Misericórdia do Porto*, Porto, Typographia de A. J. da Silva Teixeira, 1886.

SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DO PORTO, *Relatório dos Actos da Mesa da Santa Casa da Misericórdia do Porto*, Porto, Typographia de A. J. da Silva Teixeira, 1887.

SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DO PORTO, *Relatório dos Actos da Mesa da Santa Casa da Misericórdia do Porto*, Porto, Typographia de A. J. da Silva Teixeira, 1888.

SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DO PORTO, *Relatório dos Actos da Mesa da Santa Casa da Misericórdia do Porto*, Porto, Typographia de A. J. da Silva Teixeira, 1889.

SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DO PORTO, *Relatório dos Actos da Mesa da Santa Casa da Misericórdia do Porto*, Porto, Typographia de António José da Silva Teixeira, 1890.

SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DO PORTO, *Relatório dos Actos da Mesa da Santa Casa da Misericórdia do Porto*, Porto, Typographia de António José da Silva Teixeira, 1891.

SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DO PORTO, *Regulamento Geral do Hospital de Alienados do Conde de Ferreira*, Porto, Imprensa Real, 1891.

SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DO PORTO, *Relatório dos Actos da Mesa da Santa Casa da Misericórdia do Porto*, Porto, Typographia de António José da Silva Teixeira, 1892.

SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DO PORTO, *Relatório dos Actos da Mesa da Santa Casa da Misericórdia do Porto*, Porto, Typographia de António José da Silva Teixeira, 1893.

SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DO PORTO, *Relatório dos Actos da Mesa da Santa Casa da Misericórdia do Porto*, Porto, Typographia de António José da Silva Teixeira, 1894.

SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DO PORTO, *Relatório dos Actos da Mesa da Santa Casa da Misericórdia do Porto*, Porto, Typ. De Arthur José de Souza e Irmão, 1895.

SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DO PORTO, *Regulamento especial da despesa e cosinha do Hospital de Alienados do Conde de Ferreira*, Porto, Officina Typographica do Hospital de Alienados do Conde de Ferreira, 1895.

SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DO PORTO, *Regulamento especial da rouparia*, Porto, Officina Typographica do Hospital de Alienados do Conde de Ferreira, 1895.

SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DO PORTO, *Relatório dos Actos da Mesa da Santa Casa da Misericórdia do Porto*, Porto, Typ. a vapor de Arthur José de Souza & Irmão, 1896.

SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DO PORTO, *Relatório dos Actos da Mesa da Santa Casa da Misericórdia do Porto*, Porto, Typ. a vapor de Arthur José de Souza & Irmão, 1897.



SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DO PORTO, *Disposições regulamentares do serviço do portão do Hospital de Alienados do Conde de Ferreira*, Porto, Officina Typographica do Hospital de Alienados do Conde de Ferreira, 1898.

SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DO PORTO, *Relatório dos Actos da Mesa da Santa Casa da Misericórdia do Porto*, Porto, Typ. a vapor de Arthur José de Souza & Irmão, 1898.

SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DO PORTO, *Relatório dos Actos da Mesa da Santa Casa da Misericórdia do Porto*, Porto, Typ. a vapor de Arthur José de Souza & Irmão, 1899.

SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DO PORTO, *Relatório dos Actos da Mesa da Santa Casa da Misericórdia do Porto*, Porto, Typ. a vapor de Arthur José de Souza & Irmão, 1900.

SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DO PORTO, *Relatório dos Actos da Mesa da Santa Casa da Misericórdia do Porto*, Porto, Typ. a vapor de Arthur José de Souza & Irmão, 1901.

SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DO PORTO, *Relatório dos Actos da Mesa da Santa Casa da Misericórdia do Porto*, Porto, Officina Typographica do Hospital de Alienados do Conde de Ferreira, 1902.

SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DO PORTO, *Relatório dos Actos da Mesa da Santa Casa da Misericórdia do Porto*, Porto, Officina Typographica do Hospital de Alienados do Conde de Ferreira, 1903.

SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DO PORTO, *Relatório dos Actos da Mesa da Santa Casa da Misericórdia do Porto*, Porto, Officina Typographica do Hospital de Alienados do Conde de Ferreira, 1904.

SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DO PORTO, *Relatório dos Actos da Mesa da Santa Casa da Misericórdia do Porto*, Porto, Officina Typographica do Hospital de Alienados do Conde de Ferreira, 1905.

SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DO PORTO, *Relatório dos Actos da Mesa da Santa Casa da Misericórdia do Porto*, Porto, Officina Typographica do Hospital de Alienados do Conde de Ferreira, 1906.

SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DO PORTO, *Relatório dos Actos da Mesa da Santa Casa da Misericórdia do Porto*, Porto, Officina Typographica do Hospital de Alienados do Conde de Ferreira, 1907.

SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DO PORTO, *Relatório dos Actos da Mesa da Santa Casa da Misericórdia do Porto*, Porto, Officina Typographica do Hospital de Alienados do Conde de Ferreira, 1908.

SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DO PORTO, *Relatório dos Actos da Mesa da Santa Casa da Misericórdia do Porto*, Porto, Officina Typographica do Hospital de Alienados do Conde de Ferreira, 1909.

SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DO PORTO, *Relatório dos Actos da Mesa da Santa Casa da Misericórdia do Porto*, Porto, Officina Typographica do Hospital de Alienados do Conde de Ferreira, 1910.

SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DO PORTO, *Relatório dos Actos da Mesa da Santa Casa da Misericórdia do Porto*, Porto, Officina Typographica do Hospital de Alienados do Conde de Ferreira, 1911.

SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DO PORTO, *Relatório dos Actos da Mesa da Santa Casa da Misericórdia do Porto*, Porto, Officina Typographica do Hospital de Alienados do Conde de Ferreira, 1912.

SEQUEIRA, Gil Mont'alverne de, *Os alienados nos Açores*, Ponta Delgada, Typ. Elzeviridiana, 1898.

SENA, António Maria de, *Teses de Medicina teórica e prática*, Coimbra, Imprensa da Universidade, 1876.

SENA, António Maria de, *Análise espectral do sangue*, Dissertação inaugural, Coimbra, Imprensa da Universidade, 1876.

SENA, António Maria de, *Delírio nas moléstias agudas*, Coimbra, Imprensa da Universidade, 1876.

SENA, António Maria de, "Viagens Scientificas – Relatórios I, II e III", in *Estudos Médicos*, Coimbra, n.º 17 e n.º 18, (1878-1880), pp. 157-161; pp. 199-203; pp. 2-16.

SENA, António Maria de, *Os alienados em Portugal*, Porto, Ulmeiro, 2003. 1ª Edição em 1883.

SENA, António Maria de, *Os alienados em Portugal – O Hospital Conde de Ferreira*, Porto, Imprensa Portuguesa, 1885.

SENA, António Maria de, *Relatório do Serviço Medico e Administrativo do Hospital do Conde de Ferreira Relativo ao Primeiro Biennio (1883-1885)*, Porto, Typographia Occidental, 1885.

SENA, António Maria de, *Benefícios Sociaes do Hospital do Conde de Ferreira no 1.º Triennio*, Porto, Typographia Occidental, 1886.

SENA, António Maria de, *Discursos sobre o Systema Penitenciário*. São Paulo, Teixeira e Irmãos Editores, 1889.

TESTAMENTARIA DO CONDE DE FERREIRA, *Construção do Hospital d'alienados da Cruz – Empreitada para a conclusão dos canos geraes*, [s.l.], [s.n.], [s.d.].

VALENTIN, Magnan, *Traité thérapeutique appliquée*, Paris, Rueff et Cie éditeurs, 1898.

VASCONCELOS, António Emílio Antunes de, *A assistência familiar dos alienados*, Dissertação inaugural apresentada á Escola Médico-cirúrgica do Porto, Porto, Typ. a vapor da “enciclopédia Portuguesa”, 1908.

#### Fontes iconográficas

SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DO PORTO, *Postais da Santa Casa da Misericórdia do Porto*, 1908.

### Bibliografia

#### Dicionários, Enciclopédias

LOPES, Maria Antónia, “Os pobres e a assistência pública”, in, MATTOSO, José (direç.) *História de Portugal*, quinto volume – O Liberalismo (1807-1890), Lisboa, Círculo de Leitores, 1993, pp. 501-515.

PEREIRA, Ana Leonor, ROLLO, Maria Fernanda (coord. geral), “Matos, Júlio Xavier de (1856-1922)”, in *Dicionário de História da I República e do Republicanismo*, Lisboa, Edição da Assembleia da República, Volume II: F-M, Abril de 2014, pp. 793-796.

PEREIRA, Ana Leonor, ROLLO, Maria Fernanda (coord. geral), “Bombarda, Miguel Augusto (1851-1910)”, in *Dicionário de História da I República e do Republicanismo*, Lisboa, Edição da Assembleia da República, Volume I: A-E, Abril de 2014, pp. 432-434.

PITA, João Rui, PEREIRA, Ana Leonor, ROLLO, Maria Fernanda (coord. geral), “Indústria Farmacêutica”, in *Dicionário de História da I República e do Republicanismo*, Lisboa, Edição da Assembleia da República, Volume II: F-M, Abril de 2014, pp. 443-444.

PITA, João Rui, PEREIRA, Ana Leonor, ROLLO, Maria Fernanda (coord. geral), “Medicamentos”, in *Dicionário de História da I República e do Republicanismo*, Lisboa, Edição da Assembleia da República, Volume II: F-M, Abril de 2014, pp. 797-799.

#### Obras gerais

ACADEMIA PORTUGUESA DE HISTÓRIA, SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE LISBOA, *V centenário das misericórdias portuguesas*, Lisboa, Academia Portuguesa de História, 2000.

ALVES, Manuel Valente, *História da Medicina em Portugal. Origens, ligações e contextos*, Porto, Porto Editora, 2014.

BASTO, Artur de Magalhães, *História da Misericórdia do Porto*, Porto, Santa Casa da Misericórdia do Porto, I Volume publicado em 1934, II Volume em 1964.

CARVALHO, Augusto da Silva, *História da Medicina*, Lisboa, Imprensa Nacional, 1929.

CORREIA, Fernando da Silva, *Origens e Formação das Misericórdias Portuguesas*, Lisboa, Livros Horizonte, 1999, 1ª edição em 1944.

LEMO, Maximiano, *História da Medicina em Portugal: Doutrinas e Instituições*, 2 volumes, Lisboa, Manuel Gomes editor, 1899.

MACEDO, Manuel Machado, *História da Medicina Portuguesa no Século XX*, Lisboa, CTT Correios de Portugal, 2000.

SHORTER, Edward, *Da Era Do Manicómio à Idade Do Prozac*, Lisboa, Climepsi, 2001.

TORGAL, Luís Reis, *História, que História?* Lisboa, Círculo de Leitores, 2014.

VELOSO, António Barros (coord.), *Médicos e Sociedade - Para uma História da Medicina em Portugal no século XX*, Lisboa, By the book, 2017.

#### Obras específicas

ABREU, Laurinda, *Memórias da Alma e do Corpo. A Misericórdia de Setúbal na Modernidade*, Coimbra, Palimage, 1999.

ABREU, Laurinda, “Emergência das Políticas Sociais e de Saúde Pública”, in *COMMUNIO – Revista internacional católica*, vol. XXXI, n.º 2, 2014, pp. 201-209.

ALVES, Jorge Fernandes, “Percursos de um Brasileiro do Porto - o Conde de Ferreira”, in *Revista da faculdade de Letras - História*, Série, vol. IX, Porto, Universidade do Porto, 1992, pp. 199-214.

ALVES, Jorge Fernandes, “O Legado do Conde de Ferreira e o Hospital de Alienados na reconfiguração da filantropia tradicional.”, in *Saúde, Ciência, Património: Atas do III Congresso de História da Santa Casa da Misericórdia do Porto*, Porto, Santa Casa da Misericórdia do Porto, 2016, pp. 159-174.

AMARAL, Almeida, “Discurso do Dr. Almeida Amaral, Director do Hospital”, in *Centenário do Hospital Miguel Bombarda antigo Hospital de Rilhafolles*, [s.l.], Edição do Hospital Miguel Bombarda, 1948, pp. 39 – 58.

BELL, Victoria, PITA, João Rui, PEREIRA, Ana Leonor, “Regulação, circulação e

distribuição da penicilina em Portugal (1944-1954), in *Dynamis* n.º 37, Granada, 2017, pp. 159-186.

CALDEIRA, Rui Miguel da Silva, *Filosofia e Psiquiatria. Loucura, dialética e liberdade. Da Antropologia de Hegel à abordagem crítica e fenomenológica da Psiquiatria no século XX*, Tese de Doutoramento em Filosofia, apresentada à Faculdade de Letras da Universidade de Coimbra, Dezembro de 2015.

CAPELA, José, *Conde de Ferreira & C.a Traficantes de escravos*, Porto, Edições Afrontamento, Outubro de 2012.

CARDOSO, Carlos Mota, *Nódoas na alma – a medicina e a loucura*, Porto, Gradiva, 2008.

CARVALHO, Sérgio Luís de, *Assistência e Medicina no Portugal Medieval*, Lisboa, Grupo de Trabalho do Ministério da Educação para as Comemorações dos Descobrimentos Portugueses, 1995.

CASAL, Manuel da Mota Veiga, *A vila de Seia – subsídios históricos*, Seia, Clube do Pessoal da EDP, 1999.

CATROGA, Fernando de Almeida, “Os inícios do Positivismo em Portugal: o seu significado Político-Social”, in *Revista de História das Ideias*, Coimbra, Instituto de História e Teoria das Ideias, 1977, pp. 6-22.

CEBOLA, Luís, *Enfermagem de alienados*, Lisboa, Gomes de Carvalho, 1932.

*Centenário do Hospital Miguel Bombarda*, Lisboa, Edições Hospital Miguel Bombarda, 1948.

“Algumas datas notáveis na história da assistência aos doentes mentais em Portugal”, *Centenário do Hospital Miguel Bombarda antigo Hospital de Rilhafoles*, [s.l.], Edição do Hospital Miguel Bombarda, 1948, pp. 21 – 30.

CINTRA, Pedro, *Miguel Bombarda – Preservar a Memória*, Lisboa, Casa das Letras, 2012.

COMISSÃO PARA A COMEMORAÇÃO DOS 500 ANOS DAS MISERICÓRDIAS (coord.), *500 Anos das Misericórdias Portuguesas: Solidariedade de Geração em Geração*, Lisboa, Comissão para a Coordenação dos 500 Anos das Misericórdias, 2000.

CRUZ, Ana Inês Vizeu Pinto da, *História da Psiquiatria Forense em Portugal (1884-1926): a consistente originalidade de Júlio de Matos*, Tese de Doutoramento em Altos Estudos em História, Ramo Época Contemporânea, apresentada ao Departamento de História, Estudos Europeus, Arqueologia e Artes da Faculdade de Letras da Universidade de Coimbra, Setembro de 2016.

Dantas, Júlio, “Discurso do Dr. Júlio Dantas, Presidente da Academia das Ciências”, in *Centenário do Hospital Miguel Bombarda antigo Hospital de Rilhafoles*, [s.l.], Edição do Hospital Miguel Bombarda, 1948, pp. 67 – 74.

ESTEVEES, Alexandra, “Estar enfermo e ser pobre: assistência à saúde no Alto Minho de Oitocentos”, in SANTOS, Carlota (coord.), *Família, espaço e património*, Porto, Centro de Investigação Transdisciplinar Cultura, Espaço e Memória, 2011, pp. 201-221.

ESTEVEES, Alexandra, “Engulhos de ontem, doentes de hoje: pensar a loucura em Portugal no séc. XIX. O caso do distrito de Viana do Castelo”, in ESTEVES, Alexandra, ARAÚJO, Maria Marta Lobo de (coord.), *Marginalidade, pobreza e respostas sociais na Península Ibérica (séculos XVI-XX)*, Porto, Centro de Investigação Transdisciplinar Cultura, Espaço e Memória, 2012, pp. 199 – 216.

FERNANDES, Ana Alexandre, MOREIRA, Maria João Guardado, VEIGA, Teresa Rodrigues, “Transição demográfica e transição epidemiológica”, in *Forum Sociológico*, n.ºs 11/12 (2ª série), 2004, pp. 75-104.

FERNANDES, Barahona, “Progressos terapêuticos e conhecimento psiquiátrico”, in *Centenário do Hospital Miguel Bombarda antigo Hospital de Rilhafoles*, [s.l.], Edição do Hospital Miguel Bombarda, 1948, pp. 117 – 155.

FERNANDES, Barahona, “Júlio de Matos – alienista filósofo”, Lisboa, Separata de *O Médico*, Abril de 1958.

FERNANDES, Barahona, PICHOT, Pierre, *Um Século de Psiquiatria e A Psiquiatria em Portugal*, Lisboa, Roche, 1984.

FERRÃO, A., “Teófilo Braga e o Positivismo em Portugal (com um núcleo de correspondência de Júlio de Matos para Teófilo Braga)”, Lisboa, Separata do *Boletim da Academia das Ciências*, segunda classe, volume XIX, Lisboa, Academia das Ciências de Lisboa, 1935.

FERREIRA, Ana Sofia, *Júlio de Matos e o Alienismo em Portugal*, Dissertação de Mestrado em História Contemporânea, Porto, Faculdade de Letras da Universidade do Porto, exemplar policopiado, 2017.

FLORES, António, *Histórias e Estórias das Terras de Sena*, Coimbra, Coimbra Editores, 1942.

FONSECA, A. Fernandes da, “A psiquiatria em História”, in *Saúde Mental: revista, Linda-a-Velha, VVKA, Vol. 5, n.º 2, Março/Abril, 2003*, pp. 54-61.

FREIRE, Vítor Albuquerque, *Panóptico, vanguardista e ignorado: o pavilhão de segurança do Hospital Miguel Bombarda*, Lisboa, Livros Horizonte, 2009.

FREITAS, Eugénio de Andrea da Cunha e, *História da Santa Casa da Misericórdia do Porto*, Porto, Santa Casa da Misericórdia do Porto, 1995.

GAMEIRO, Aires, *Casa de Saúde do Telhal: 10º Centenário, 1893 -1993: documentos históricos e clínicos*, Telhal, Editorial Hospitalidade, 1993.

GARNEL, Maria Rita Lino, "Da Régia Escola de Cirurgia à Faculdade de Medicina de Lisboa.", in MATOS, Sérgio Campos, Ó, Jorge Ramos do (coord.), *A Universidade de Lisboa, Séculos XIX-XX*, I volume, Lisboa, Tinta da China, 2013, pp. 637-644.

GARNEL, Maria Rita Lino, "Os médicos, a saúde pública e o Estado Improvidente (1890-1926)", in ÁGOAS, Frederico, NEVES, José (coord.), *O Espectro da Pobreza: História, Cultura e Política em Portugal no Século XX*, Lisboa, Editora Mundos Sociais, Novembro de 2016, pp. 27-59.

LOPES, Maria Antónia, *Pobreza, assistência e controlo social em Coimbra (1750-1850)*, 2 volumes, Coimbra, Palimage, 2001.

LOPES, Maria Antónia, SÁ, Isabel dos Guimarães, *História Breve das Misericórdias Portuguesas (1495-2000)*, Coimbra, Imprensa da Universidade de Coimbra, 2008.

LOPES, Maria Antónia, *Protecção social em Portugal na Idade Moderna*, Coimbra, Editora da Universidade de Coimbra, Abril de 2009.

LOPES, Maria Antónia, "Buscando a saúde. Os hospitais enquanto geradores de mobilidade em Portugal na 2ª metade do século XIX", in BORGE, Julio Hernández, LOPO, Domingo L. González (coord.), *Migraciones y Sanidad*, Santiago de Compostela, Alvarellos Editora, 2017, pp. 145-184.

LUZ, José Luís Brandão da, "A propagação do Positivismo em Portugal", in CALAFATE, Pedro (direç.), PIMENTEL, Manuel Cândido (coord.), *História do Pensamento Filosófico Português*, [s.l.], Vol. IV – o Século XIX, Tomo I, Caminho, 2004, p. 251.

NUNES, Lucília, *Um Olhar Sobre o Ombro: Enfermagem em Portugal (1881-1998)*, Coimbra, Lusodidacta, 2009.

OLIVEIRA, J. F. Reis de, *Rilhafolles e a acção do Professor Miguel Bombarda*, Lisboa, Ramos, Afonso & Moita, 1983.

OLIVEIRA, J. F. Reis de, "Miguel Bombarda: Reorganizador e Gestor de Rilhafolles", in PEREIRA, Ana Leonor, PITA, João Rui (coord.), *Miguel Bombarda 1851-1910) e as singularidades de uma época*, Coimbra, Imprensa da Universidade de Coimbra, 2006, pp. 147-153.

OLIVEIRA, Rodrigo Ortigão de, "A família do Conde e Ferreira", in *Revista Lusófona de Genealogia e Heráldica*, N.º 1, Porto, Instituto de Genealogia e Heráldica da Universidade Lusófona do Porto, Novembro de 2006.

PAIVA, José Pedro, SÁ, Isabel dos Guimarães, *A fundação das Misericórdias: O Reinado de D. Manuel I*, Coleção Portugaliae monumenta misericordiarum Vol. 3, Lisboa, União das Misericórdias Portuguesas, 2004.

PALHA, António Pacheco, "Prefácio", in *Os alienados em Portugal*, Porto, Ulmeiro, 2003, pp. 5-21.

PEIXOTO, Ana Sílvia Albuquerque, *Cadernos dos 500 Anos Vol. I - Grandes Beneméritos da Santa Casa da Misericórdia do Porto*, Porto, Santa Casa da Misericórdia do Porto, 1997.

PEREIRA, Ana Leonor, “Júlio de Matos: a ciência e a política”, in *Psiquiatria Clínica*, vol. 4, °1, 1983, pp. 49-56.

PEREIRA, Ana Leonor, “A institucionalização da Loucura em Portugal”, in *Revista Crítica de Ciências Sociais*, n.º 21, 1986, pp. 85-100.

PEREIRA, Ana Leonor, PITA, João Rui coord., *Miguel Bombarda e as singularidades de uma época: 1851-1910*, Coimbra, Imprensa da Universidade de Coimbra, 2006.

PEREIRA, Ana Leonor, “Medicina da mente: a dinâmica assistencial no séc. XIX. O caso português”, in *Revista CEPIHS (Centro de Estudos e Promoção da Investigação Histórica e Social)*, n.º 3, Coimbra, Palimage, 2013, pp. 145-166.

PEREIRA, Denise Maria Borrega, *Visões da Psiquiatria, Doença Mental e República no Trabalho do Psiquiatra Luís Cebola (1876-1967): uma Abordagem Histórica nas Encruzilhadas da Psiquiatria, Ideologia Política e Ficção, em Portugal, na Primeira Metade do Século XX*, Dissertação para a obtenção do Grau de Doutor em História, Filosofia e Património da Ciência e da Tecnologia, Faculdade de Ciência e Tecnologia da Universidade Nova de Lisboa, Outubro de 2015.

PEREIRA, José Manuel Morgado, “A psiquiatria no tempo da I República”, in GARNEL, Maria Rita Lino (coord. Científica), *Corpo. Estado, Medicina e Sociedade no Tempo da I República*, dirigido, Lisboa, Comissão Nacional para as Comemorações do Centenário da República, Lisboa, Julho de 2010, pp. 131-137.

PEREIRA, José Manuel Morgado, “Mudanças de Paradigma na Psiquiatria Portuguesa”, in RIBEIRO, Maria Manuela Tavares, *Outros Combates pela História*, Coimbra, Imprensa da Universidade de Coimbra, 2010, pp. 251-255.

PEREIRA, José Manuel Morgado, *A Psiquiatria em Portugal, Protagonistas e história conceptual (1884-1924)*, Tese de Doutoramento em Altos Estudos em História, Ramo Época Contemporânea, apresentada à Faculdade de Letras da Universidade de Coimbra, Setembro de 2015.

PINA, Luís de, “Amato Lusitano na História da Psiquiatria Portuguesa”, in *Homenagem ao Doutor João Rodrigues de Castelo Branco (Amato Lusitano)*, Castelo Branco, Câmara Municipal de Castelo Branco, 1955, pp. 143-175.

PINA, Luís de, “Três momentos vitais de Júlio de Matos”, Lisboa, Separata da *Imprensa Médica* n.º XXII de Fevereiro de 1958.

PINA, Luís de, “Quadros breves da evolução psiquiátrica em Portugal”, separata de *Arquivos da História da Medicina Portuguesa*, Porto, [s.n.], 1972.

PIRES, Ana Maria Barros, *Ser enfermeira em Portugal da I República à instauração do estado novo (1910-1933): leituras na imprensa generalista*, Tese apresentada à



Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de Doutor em Enfermagem em Outubro de 2012.

PITA, André Filipe Samora, *A cólera em Lisboa (1833 e 1855/56): emergência do poder médico e combate à epidemia no Hospital de São José e enfermarias auxiliares*, Dissertação de Mestrado em História Contemporânea apresentada à Faculdade de Ciências Sociais e Humanas da Universidade Nova de Lisboa em Dezembro de 2017.

PITA, João Rui, *A Escola de Farmácia de Coimbra (1902-1921)*, Coimbra, Imprensa da Universidade de Coimbra, 2009.

PITA, João Rui, “A farmácia na I República”, in GARNEL, Maria Rita Lino (Comissária da exposição), *Corpo, Estado, Medicina e Sociedade no tempo da I República*, Lisboa, Centenário da República 1910 – 2010, Imprensa Nacional Casa da Moeda, 2010, pp. 85 – 94.

PITA, João Rui, PEREIRA Ana Leonor, BELL Victoria, “Pharmacy in Portugal (1950-2010) and the Pharmacist Profession”, in *Acta Medicorum Polonorum* n.º 4, Poznan, 2014, pp. 29-52.

PITA, João Rui, BELL, Victoria, PEREIRA, Ana Leonor, “Histoire de la pharmacie au Portugal (1900-1950): l’industrie pharmaceutique et la pharmacie d’officine”, in *Revue d’Histoire de La Pharmacie*, LXV, n.º 393, 1º Trim., 2017, pp. 65-76.

RODRIGUES, Idalina, *Legado do Conde de Ferreira no Algarve*, [s.l.], edição de autor, Novembro de 2012.

SÁ, Isabel dos Guimarães, *Quando o rico se faz pobre: Misericórdias, caridade e poder no Império Português, 1500-1800*, Lisboa, Comissão Nacional para as Comemorações dos Descobrimentos Portugueses, 1997.

SÁ, Isabel dos Guimarães, *As Misericórdias Portuguesas de D. Manuel I a Pombal*, Lisboa, Livros Horizonte, 2001.

SANTOS, José Nuno, *A importância da Estatística na Emergência da Psiquiatria Portuguesa do séc. XIX*, Tese de Doutoramento apresentada à Faculdade de Ciências e Tecnologia da Universidade Nova de Lisboa, Fevereiro de 2016.

SANTOS, Nuno Borja, “O Hospital de Rilhafoles e os Asilos de Alienados na Europa do Século XIX”, in *Psilogos*, Vol. 9, n.º 2, Dezembro de 2011, pp. 68-81.

SOEIRO, Luís Navarro, “Júlio de Matos – sua personalidade e alguns aspectos da sua obra”, Porto, Separata do *Portugal Médico*, Vol. XLI, N.º 1, Janeiro de 1957.

SERRÃO, Joaquim Veríssimo, *A Misericórdia de Lisboa. Quinhentos anos de História*, Lisboa, Livros Horizonte, 1998.

SILVA, Helena Sofia Rodrigues Ferreira da, *Do curandeiro ao diplomado: história da profissão de enfermagem em Portugal (1886-1955)*, Tese de Doutoramento em História, Área de Conhecimento Idade Contemporânea, apresentada à Universidade do Minho em Setembro de 2010.

SILVEIRA, Boaventura, *A Ordem Terceira da Trindade e a Sociedade Portuense*, Porto, Ordem da Trindade, 2001.

SOARES, Maria Isabel, *Da Blusa de Brim à Touca Branca*, Lisboa, Educa, 1997.

SOUSA, Ivo Carneiro de, *V Centenário das Misericórdias Portuguesas, 1498-1998*, Lisboa, Clube do Coleccionador dos Correios, 1998.

### **Referências eletrónicas**

GRAÇA, Luís, Textos e pappers. [Em linha], [cons. 17 Setembro de 2018]. Disponível em [http://www.ensp.unl.pt/luis.graca/textos\\_papers.html](http://www.ensp.unl.pt/luis.graca/textos_papers.html)

RODRIGUES, Augusto (edit. literário), *Memoria Professorum Universitatis Coninbrigensis*. [Em linha], [cons. 20 Outubro de 2018]. Disponível em [http://www.uc.pt/org/historia\\_ciencia\\_na\\_uc/autores/SENA\\_antoniomariade](http://www.uc.pt/org/historia_ciencia_na_uc/autores/SENA_antoniomariade)

## ANEXOS

### Lista de anexos

	Pág.
Anexo 1	Tabela n.º 5: Instituições de beneficência contemplados no testamento do Conde de Ferreira. 364
Anexo 2	Tabela n.º 6: Familiares do Conde de Ferreira contemplados no seu testamento. 365
Anexo 3	Tabela n.º 7: Afilhados do Conde de Ferreira contemplados no seu testamento. 367
Anexo 4	Tabela n.º 8: Amigos do Conde de Ferreira contemplados no seu testamento. 368
Anexo 5	Tabela n.º 9: Criados do Conde de Ferreira contemplados no seu testamento. 369
Anexo 6	Figura n.º 1: Planta do Hospital Conde de Ferreira aquando da sua abertura. 370
Anexo 7	Figura n.º 2: Máquina de lavar adquirida para o HCF em 1883. 371
Anexo 8	Figura n.º 3: Máquina de passar a roupa adquirida para o HCF em 1883. 372
Anexo 9	Figura n.º 4: O depósito de água e a lavandaria do HCF em 1883. 372
Anexo 10	Figura n.º 5: Aparelhos de duche existente no HCF em 1883. 372
Anexo 11	Figura n.º 6: Planta da 1ª enfermaria (1.ª e 2.ª classes – tranquilos e convalescentes) do HCF em 1883. 373
Anexo 12	Figura n.º 7: Planta da 2ª enfermaria (1.ª e 2.ª classes – agitados) do HCF em 1883. 374
Anexo 13	Figura n.º 8: Plantas da 6ª enfermaria (1.ª e 2.ª classes – furiosos) e da 4ª enfermaria (3.ª classe – furiosos) do HCF em 1883. 375
Anexo 14	Figura n.º 9: Planta da 5ª enfermaria (3.ª classe – tranquilos e ligeiramente agitados) do HCF em 1883. 376

Anexo 15	Figura n.º 10: Planta da 3. <sup>a</sup> enfermaria (3. <sup>a</sup> classe – agitados e imundos) do HCF em 1883.	377
Anexo 16	Figura n.º 11: Planta da 7. <sup>a</sup> enfermaria (3. <sup>a</sup> classe – convalescentes, dementes e idiotas) do HCF em 1883.	378
Anexo 17	Figura n.º 12: Exemplos de camas existentes no HCF em 1883.	379
Anexo 18	Figura n.º 13: Exemplo de refeitório existente no HCF em 1883.	380
Anexo 19	Tabela n.º 10: Resultados operacionais da padaria do HCF entre 1904 e 1910.	381
Anexo 20	Tabela n.º 11: Fontes de rendimento do Hospital Conde de Ferreira entre 1883 e 1910.	382
Anexo 21	Tabela n.º 12: Distribuição dos alienados segundo a sua classe no HCF entre 1889 e 1910.	383
Anexo 22	Figura n.º 14: Habitações para os empregados superiores.	384
Anexo 23	Tabela n.º 13: Discriminação das despesas afetas à casa mortuária do HCF entre 1886 e 1910.	385
Anexo 24	Tabela n.º 14- Banhos administrados a pessoas externas ao HCF entre 1907 e 1910.	386
Anexo 25	Tabela n.º 15: Movimento geral de doentes no HCF entre 1883 e 1910.	387
Anexo 26	Tabela n.º 16: Resultados operacionais da quinta e estruturas anexas do HCF entre 1883 e 1910.	390
Anexo 27	Tabela n.º 17: Resultados operacionais da oficina de tipografia do HCF entre 1891 e 1910.	391
Anexo 28	Tabela n.º 18: Resultados operacionais da oficina de vassouraria do HCF entre 1893 e 1910.	393
Anexo 29	Tabela n.º 19: Resultados operacionais da oficina de sapateiro do HCF entre 1893 e 1905.	394

Anexo n.º1- Tabela n.º 5: Instituições de beneficência contempladas no testamento do Conde de Ferreira.

Designação da Instituição	Legado atribuído
Santa Casa da Misericórdia do Porto	20.000\$000 + 20.000\$000
Lázaros e Lázaras	1\$00 a cada internado
Hospital da Irmandade de Nossa Senhora do Terço e Caridade	10.000\$000
Hospital da Ordem Terceira da Santíssima Trindade	10.000\$000
Hospital da Ordem Terceira de São Francisco	10.000\$000
Hospital da Ordem Terceira de Nossa Senhora do Carmo	10.000\$000
Recolhimento dos Meninos Desamparados	500\$000
Recolhimento das Meninas Desamparadas	500\$000
Colégio dos Meninos Órfãos de Nossa Senhora da Graça	500\$000
Asilo das Raparigas Abandonadas	500\$000
Associação Protectora da Creche	500\$000
Irmandade dos Clérigos Pobres	500\$000
Irmandade de Nossa Senhora da Lapa	500\$000
Asilo de Detenção dos Rapazes	500\$000
Asilo de Detenção das Mulheres	500\$000
Asilo de Mendicidade	1000\$000
Asilo do Barão de Nova Cintra	1000\$000
Asilo da Infância Desvalida	250\$000
Recolhimento das Velhas	500\$000
Paróquia de Nossa Senhora de Campanhã	500\$000
Paróquia do Senhor do Bonfim	500\$000
Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro	10.000\$000
Total	98.250\$000

Fonte: Tabela construída com base em Ana Sílvia Albuquerque, *op. cit.*, pp. 97-98.

Anexo n.º 2 – Tabela n.º 6: Familiares do Conde de Ferreira contemplados no seu testamento.

Linha do Irmão Manuel	António Neves (14.000\$000)	Filha	2.000\$000
		Filha	2.000\$000
		Filho	96\$000
	Petronilha (4.000\$000)	Filho	2.000\$000
	Rosa (5.000\$000)	Filho	2.000\$000
	Ermelinda (2.000\$000)	Filho	2.000\$000
	Ana		100\$000
Linha do Irmão José	Maria de São Roque (30.000\$000)	Filho António	2.000\$000
		Filho Domingos	2.000\$000
		Filho Henrique	2.000\$000
		Filho Francisco	2.000\$000
		Filho Joaquim	2.000\$000
		Filho José	2.000\$000
		Filha Margarida	2.000\$000
		Filha Maria	2.000\$000
	Joaquim Coimbra		400\$000
Linha de Joaquim António de Lusaes		Filho António	2.000\$000
		Filho José	2.000\$000
		Filho Joaquim	2.000\$000
		Filha Albina	2.000\$000
		Filha Ana	2.000\$000
		Filha Emília	2.000\$000
		Filha Maria	2.000\$000
		Filha Rosa	2.000\$000
Linha do Luz, de Campanhã		Filho António	1.000\$000
		Filho José	1.000\$000
		Filho Manuel	1.000\$000
		Filho Francisco	1.000\$000
		Filha Margarida	1.500\$000
		Filha Maria	1.500\$000

Parentes de Paranhos	Teresa		2.000\$000
	Ana (1.000\$000)	Filho	1.000\$000
	Rita (2.000\$000)	Filho	1.000\$000
	António		1.000\$000
	João		1.000\$000
	Manuel		2.000\$000
António Ferreira dos Santos			100.000\$000
Total			215.596\$000

Fonte: Tabela construída com base em Ana Sílvia Albuquerque, *op. cit.*, pp. 97-99.

Anexo n.º 3 – Tabela n.º 7: Afilhados do Conde de Ferreira contemplados no seu testamento.

Filho do Conselheiro Francisco Maria Melquiades da Cruz Sobral	4.000\$000
Filho do Visconde de Castro Silva	2.000\$000
Filho de José Gomes Carneiro Júnior	2.000\$000
Filho de António Vicente da Graça	1.000\$000
Filho de Serafim Carneiro Geraldes	1.000\$000
Filha de Manuel Gualberto Soares	1.000\$000
Filho de António Silva Santos	1.000\$000
Filho de João do Nascimento de Oliveira Guimarães	500\$000
Filha dos Condes de Tomar, D. Luísa	60.000\$000
Filha de João Baptista Pereira Leal	500\$000
Total	73.000\$000

Fonte: Tabela construída com base em Ana Sílvia Albuquerque, *op. cit.*, pp. 99-100.

Note-se que alguns dos seus familiares eram também seus afilhados, pelo que o legado que lhes foi atribuído se encontra discriminado no anexo n.º 2.



Anexo n.º 4 – Tabela n.º 8: Amigos do Conde de Ferreira contemplados no seu testamento.

António Costa Cabral	30.000\$000
António da Silva Santos	2.000\$000
Conselheiro João António Marçal	2.000\$000
Conselheiro José António Barbosa Lousada	2.000\$000
Barão de São Lourenço	2.000\$000
Coronel Mosqueira	2.000\$000
Dr. José Maria Da Silveira Torres	2.000\$000
Feliciano Garcêz	1.000\$000
Silvestre de Aguiar Bizarro	1.000\$000
José Albino de Santa Rita	1.000\$000
Jerónimo Carneiro Gerales	2.000\$000
Padre Francisco de Azeredo Mesquita de Figueiredo	1.500\$000
Bernardo José da Fonseca e Silva	2.000\$000
Filha	200\$000
Filha	200\$000
Francisco António de Oliveira Guimarães	400\$000
Balbina Rosa	4.000\$000
David da Silva Ramos	500\$000
Marechal Francisco Infante de Lacerda	2.000\$000
Filha de Domingos de Almeida Ribeiro	3.000\$000
Manuel, filho de Domingos de Almeida Ribeiro	1.000\$000
Domingos, filho de Domingos de Almeida Ribeiro	2.000\$000
Joaquim, filho de Domingos de Almeida Ribeiro	2.000\$000
Total	65.800\$000

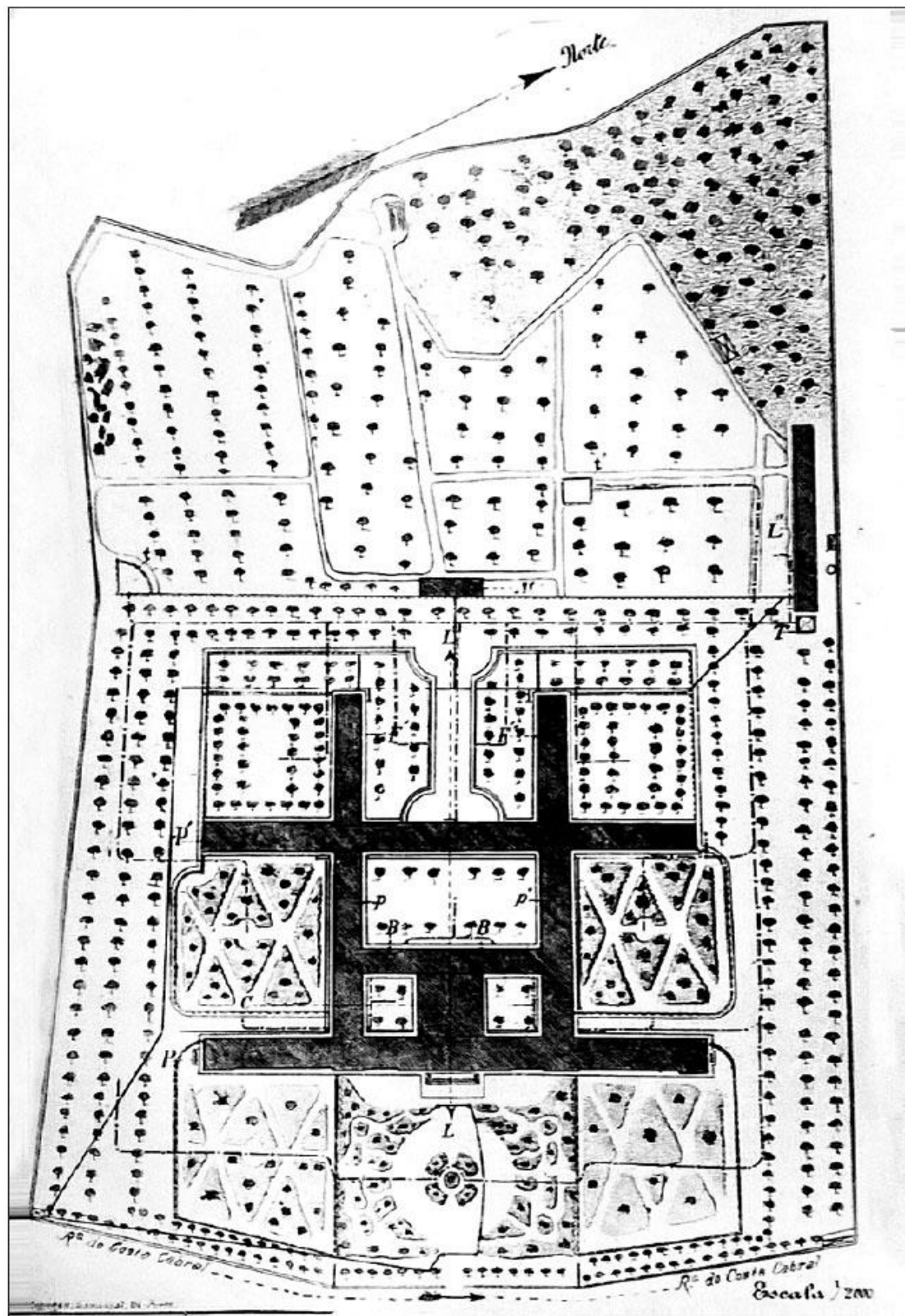
Fonte: Tabela construída com base em Ana Sílvia Albuquerque, *op. cit.*, pp. 99-100.

Anexo n.º 5 – Tabela n.º 9: Criados do Conde de Ferreira contemplados no seu testamento.

Despenseira Ana Emília Adelaide	144\$000 (anuais)
Criada da cozinha	50\$000
Criado Manuel	200\$000
Cocheiro Varela	200\$000
Criado do quintal	100\$000
Barbeiro	200\$000
Costureira Joaquina	50\$000
Total	8144\$000

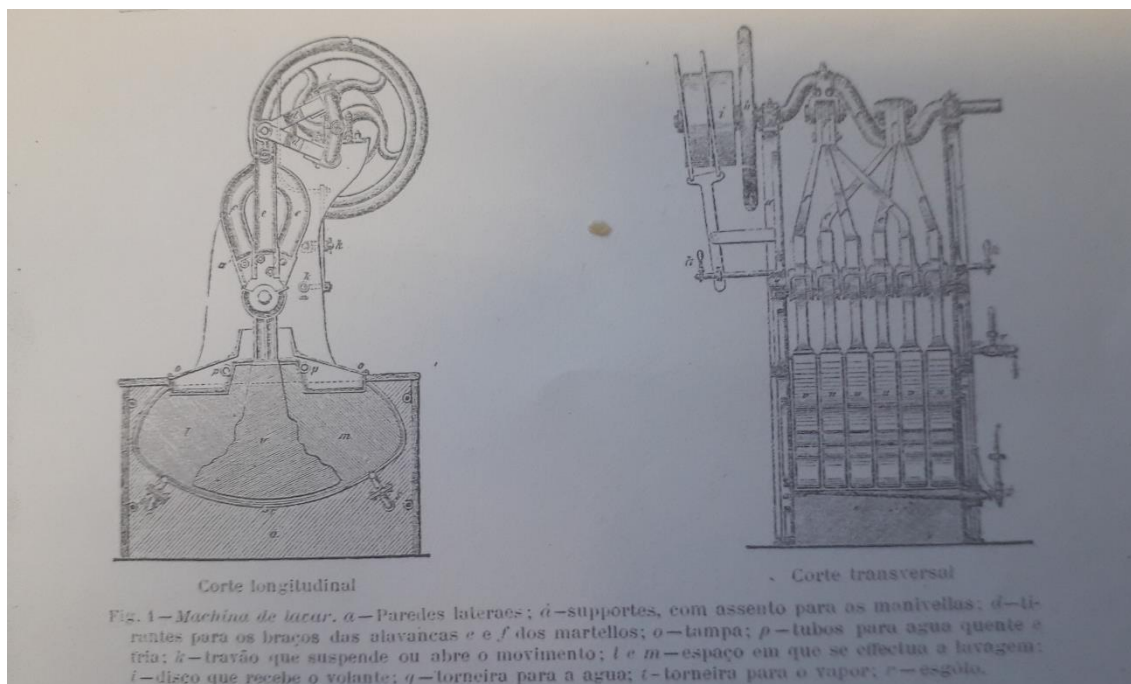
Fonte: Tabela construída com base em Ana Sílvia Albuquerque, *op. cit.*, p. 100.

Anexo n.º 6 – Figura n.º 1: Planta do Hospital Conde de Ferreira a quando da sua abertura.



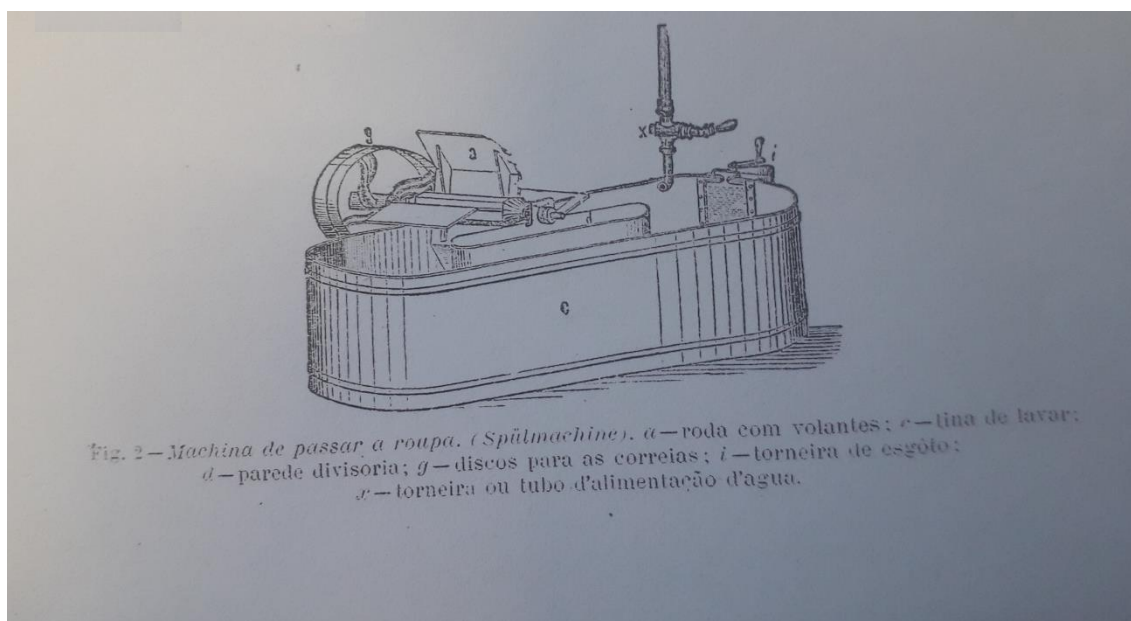
Fonte: António Maria de Sena, *Os Alienados em Portugal*, Op. cit., p. 298.

Anexo n.º 7 – Figura n.º 2: Máquina de lavar adquirida para o HCF em 1883.



Fonte: António Maria de Sena, *Os alienados em Portugal – O Hospital Conde de Ferreira*, Op. cit., p. 61.

Anexo n.º 8 – Figura n.º 3: Máquina de passar a roupa adquirida para o HCF em 1883.



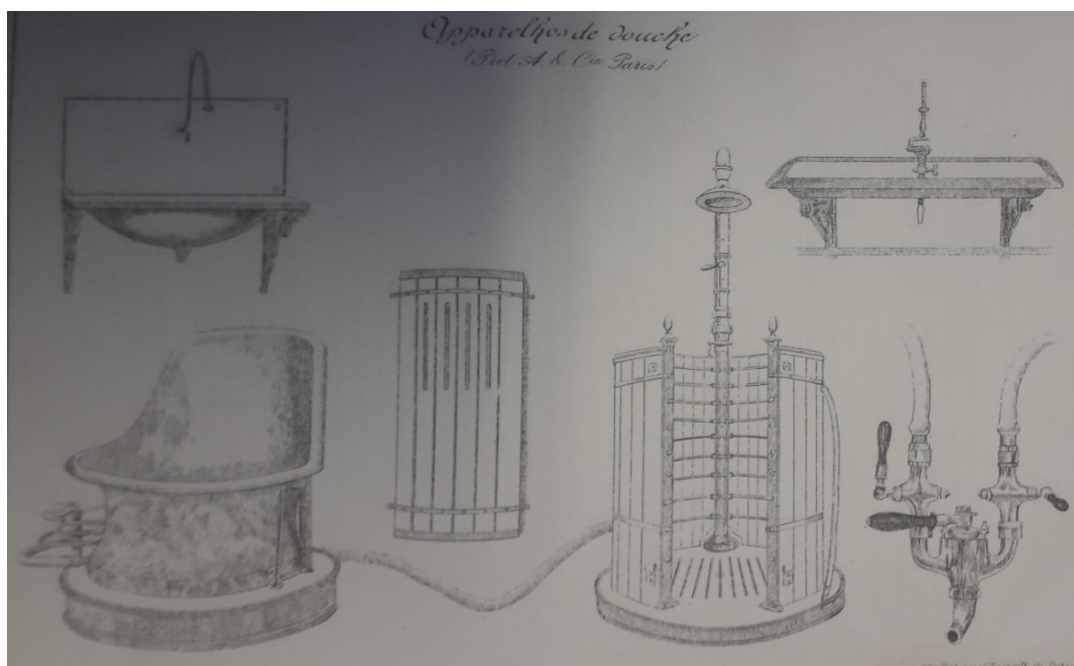
Fonte: António Maria de Sena, *Os alienados em Portugal – O Hospital Conde de Ferreira*, Op. cit., p. 61.

Anexo n.º 9 – Figura n.º 4: O depósito de água e a lavandaria do HCF em 1883.



Fonte: Santa Casa da Misericórdia do Porto, *Postais da Santa Casa da Misericórdia do Porto*, 1908, Estante B, Caixa 5 – 35.

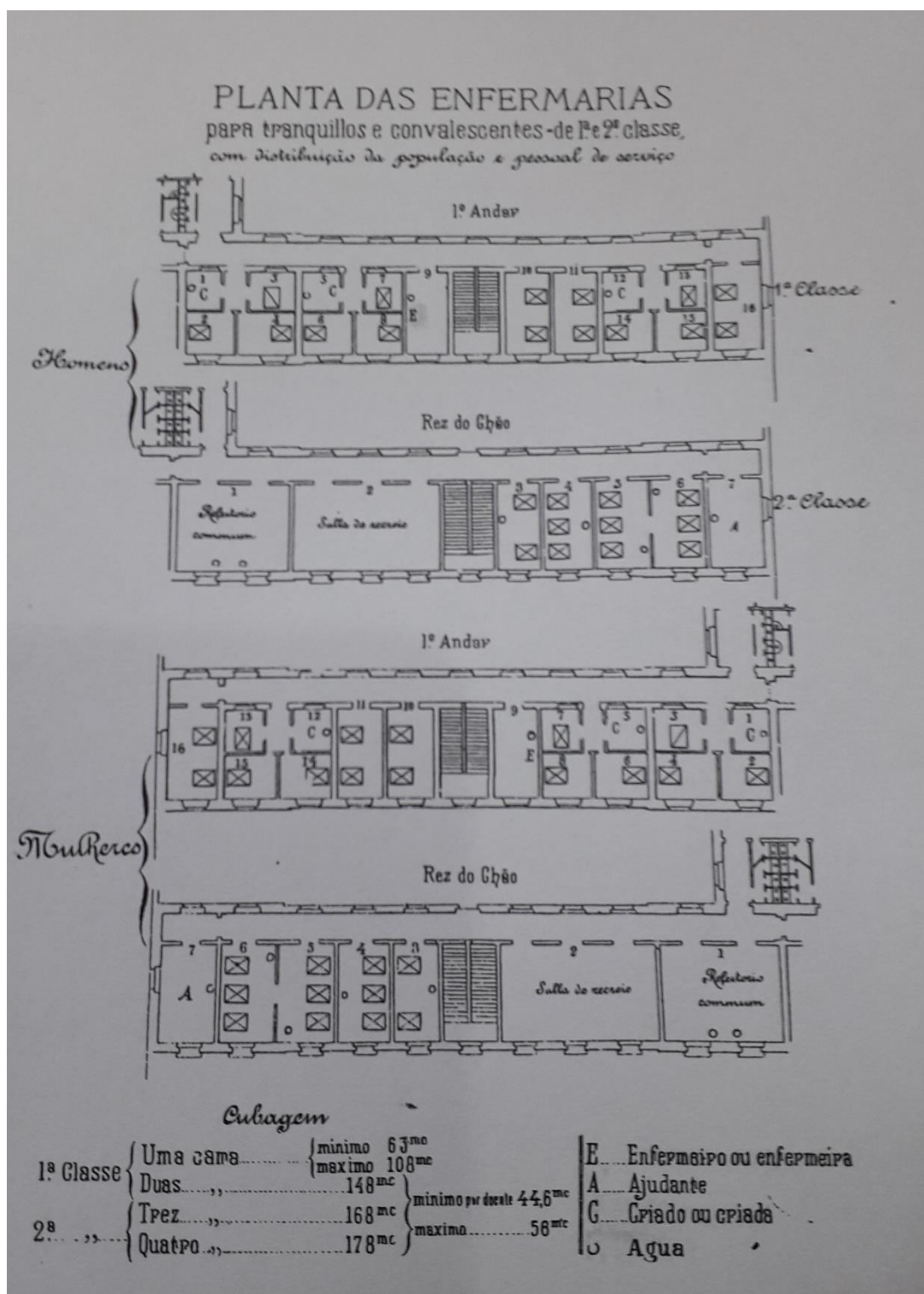
Anexo n.º 10 – Figura n.º 5: Aparelhos de duche existente no HCF em 1883.



Fonte: António Maria de Sena, *Os alienados em Portugal – O Hospital Conde de Ferreira*, Op. cit., p. 61.

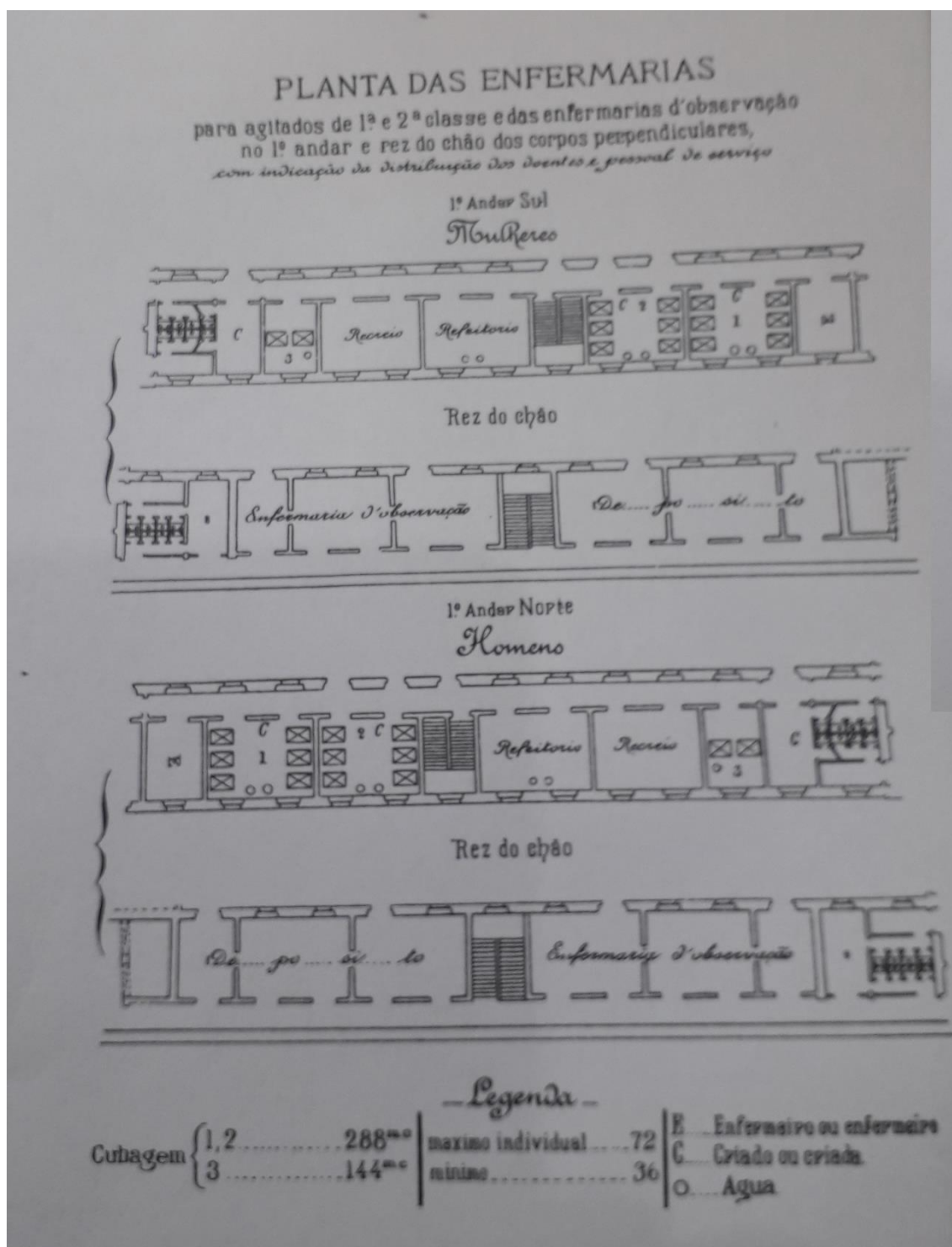


Anexo n.º 11 – Figura n.º 6: Planta da 1ª enfermaria (1.ª e 2.ª classes – tranquilos e convalescentes) do HCF em 1883.



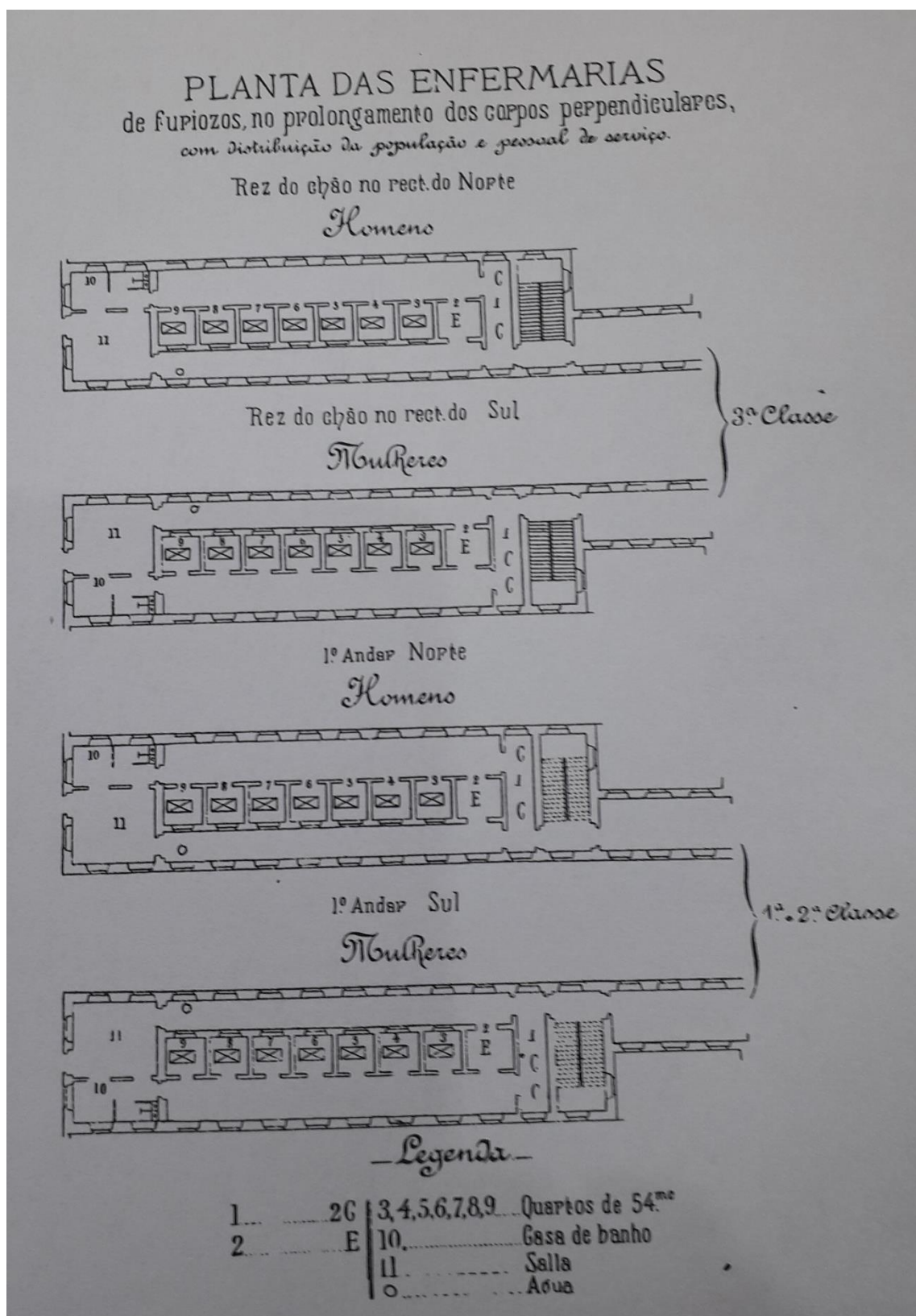
Fonte: António Maria de Sena, *Os alienados em Portugal*, Op. cit., p. 303.

Anexo n.º 12 – Figura n.º 7: Planta da 2ª enfermaria (1.ª e 2.ª classes – agitados) do HCF em 1883.



Fonte: António Maria de Sena, *Os alienados em Portugal*, Op. cit., p. 304.

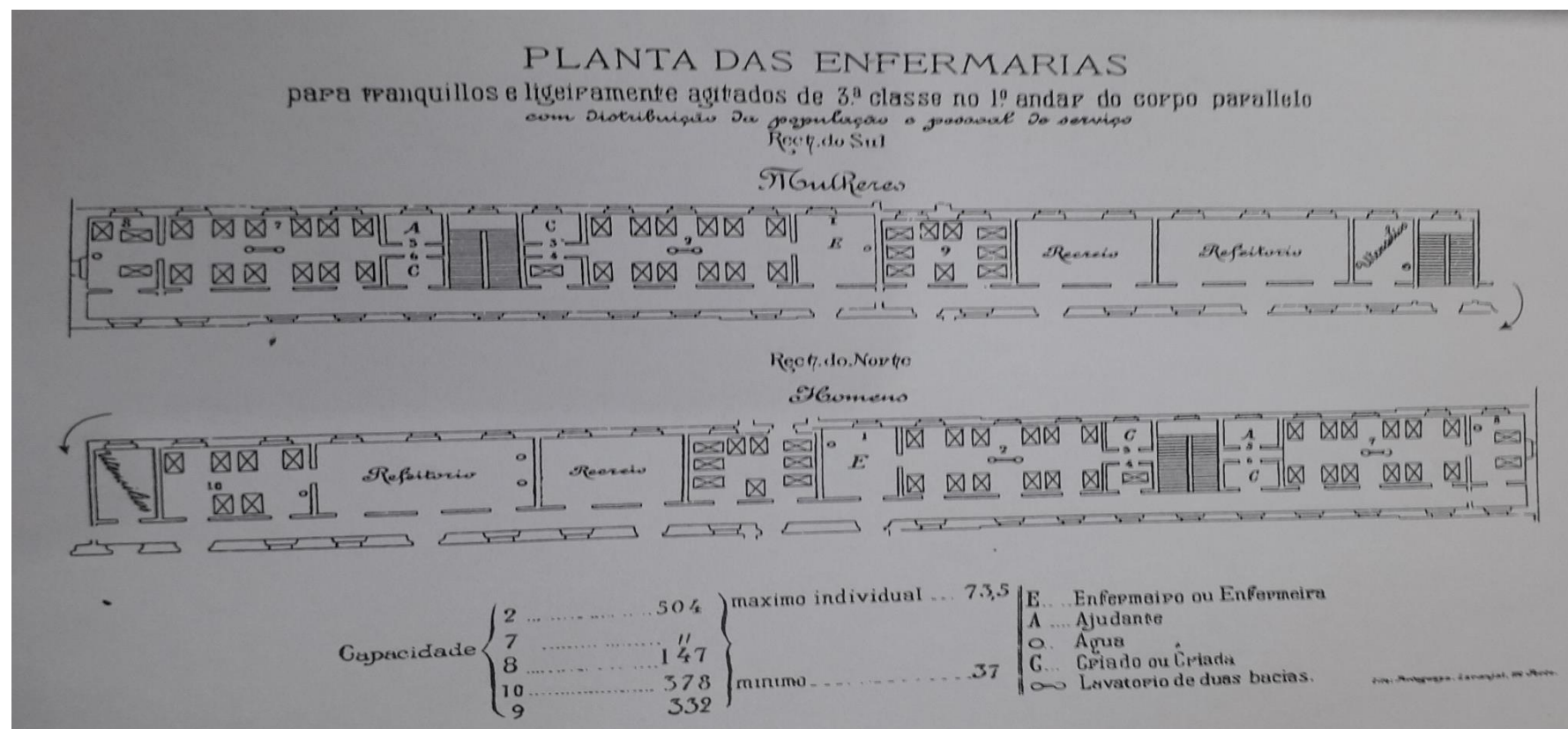
Anexo n.º 13 – Figura n.º 8: Plantas da 6ª enfermaria (1.ª e 2.ª classes – furiosos) e da 4ª enfermaria (3.ª classe – furiosos) do HCF em 1883.



Fonte: António Maria de Sena, *Os alienados em Portugal*, Op. cit., p. 305.

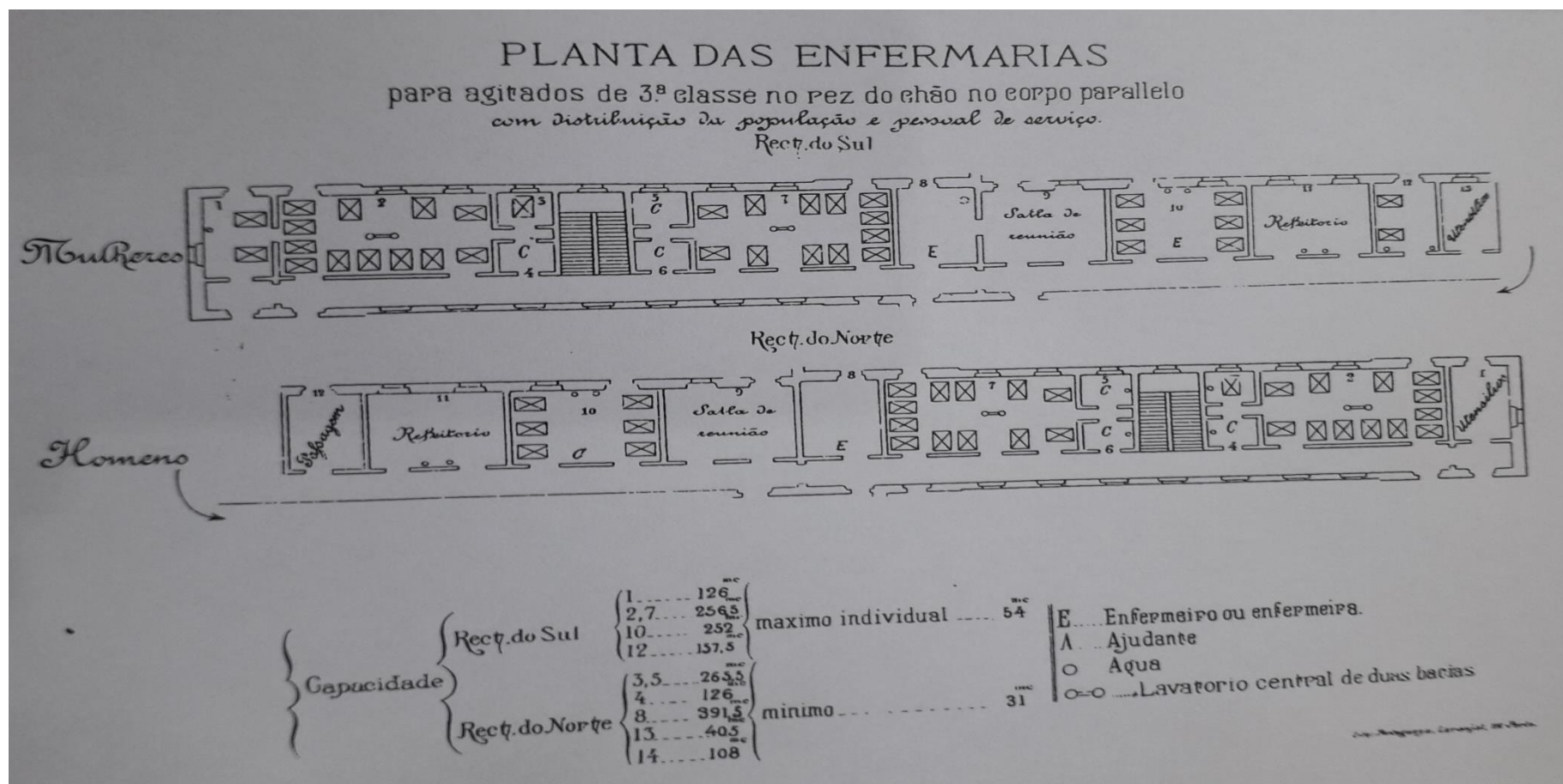


Anexo n.º 14 – Figura n.º 9: Planta da 5ª enfermaria (3.ª classe – tranquilos e ligeiramente agitados) do HCF em 1883.



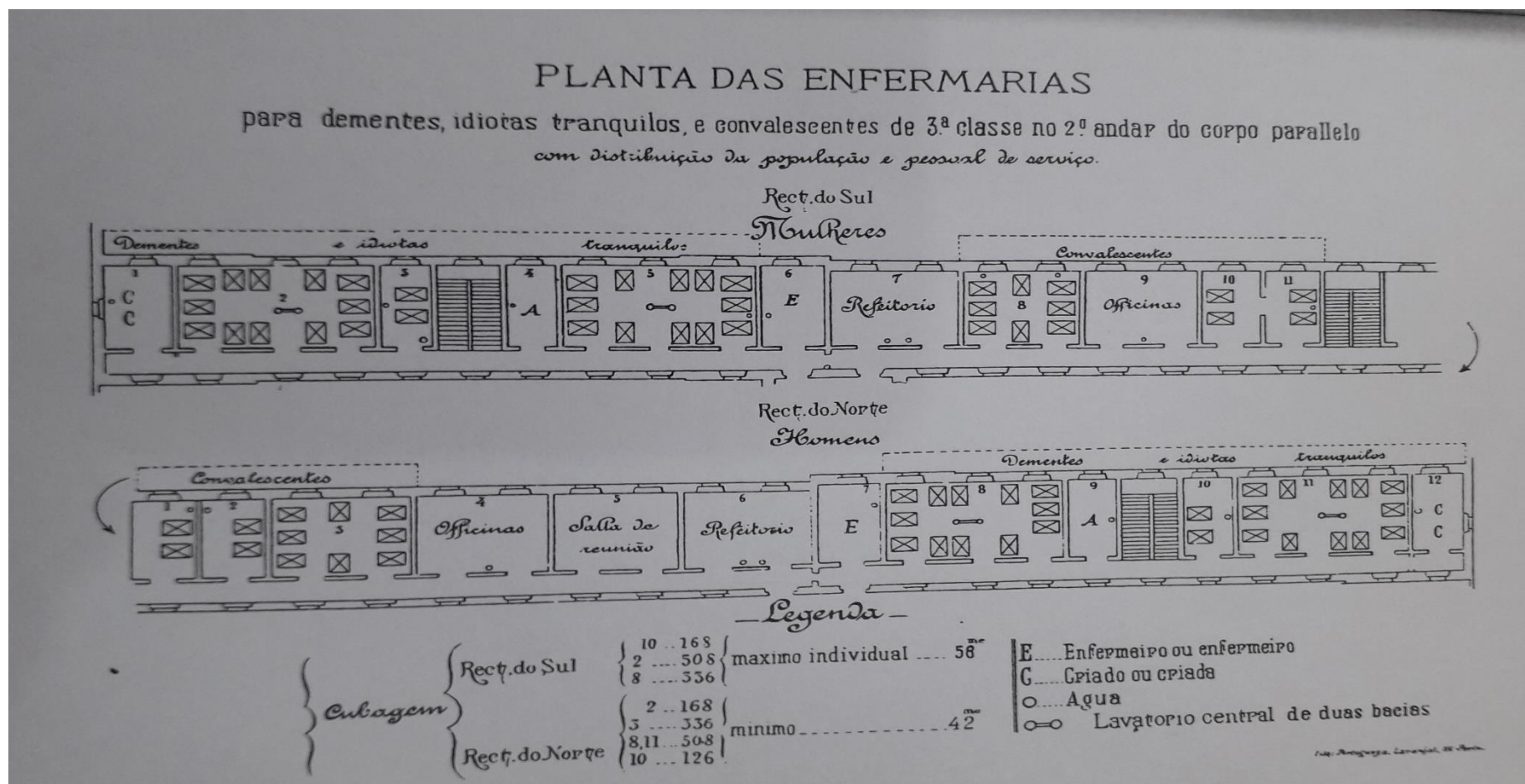
Fonte: António Maria de Sena, *Os alienados em Portugal*, Op. cit., p. 309.

Anexo n.º 15 – Figura n.º 10: Planta da 3.ª enfermaria (3.ª classe – agitados e imundos) do HCF em 1883.



Fonte: António Maria de Sena, *Os alienados em Portugal*, Op. cit., p. 311

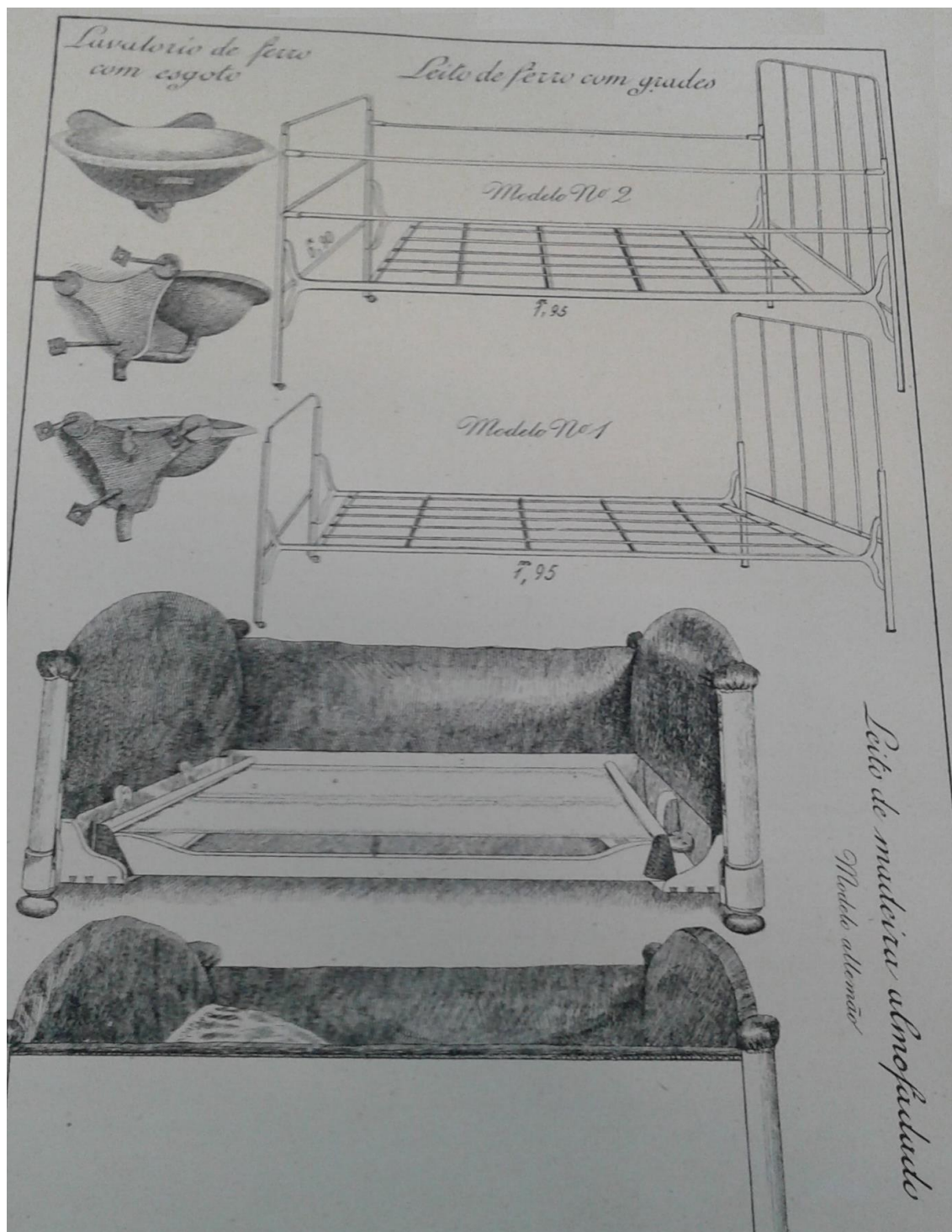
Anexo n.º 16 – Figura n.º 11: Planta da 7ª enfermaria (3.ª classe – convalescentes, dementes e idiotas) do HCF em 1883.



Fonte: António Maria de Sena, *Os alienados em Portugal*, Op. cit., p. 313

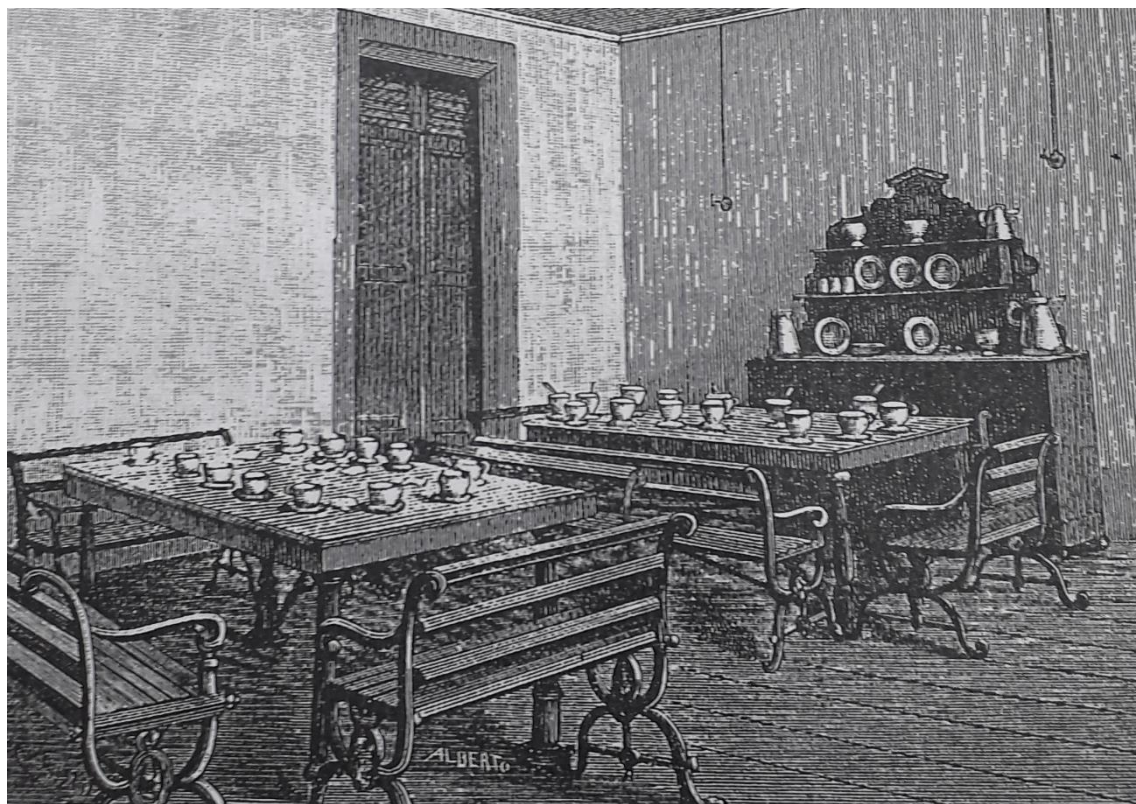


Anexo n.º 17 – Figura n.º 12: Exemplos de camas existentes no HCF em 1883.



Fonte: António Maria de Sena, *Os alienados em Portugal, O Hospital Conde de Ferreira*, Op. cit., p. 53.

Anexo n.º 18 – Figura n.º 13: Exemplo de refeitório para agitados existente no HCF em 1883.



Fonte: António Maria de Sena, *Os alienados em Portugal*, *Op. cit.*, p. 319.

Anexo n.º 19 – Tabela n.º 10: Resultados operacionais da padaria do HCF entre 1904 e 1910.

		Ano						
		1904	1905	1906	1907	1908	1909	1910
<b>Receitas</b>	<b>Saldo do ano anterior</b>	-	1118	-	-	-	-	-
	<b>HCF</b>	7289	8092	10119	11196	10338	10318	8777
	<b>HSA</b>	6390	7550	7062	9633	7142	7263	6941
	<b>Outras instituições da SCMP</b>	2309	6819	6941	6755	6898	6872	9002
	<b>Outras vendas</b>	68	119	159	86	157	42	203
	<b>Total</b>	16056	23698	24281	27669	24535	24495	24922
<b>Despesas</b>	<b>Farinhas e moagem</b>	13108	19707	20401	18719	22007	21087	21611
	<b>Salários</b>	1003	1798	2025	2066	2321	2285	2091
	<b>Consumíveis, materiais, gaz e alimentação</b>	979	2318	3561	4758	1273	1187	145
	<b>Total</b>	15090	23823	25987	25543	25601	24559	23848
<b>Dedução de farinhas existentes</b>		152	645	619	398	1066	64	178
<b>Saldo</b>		1118	520	-1088	2524	0	0	1253

Fonte: Tabela construída com base em Santa Casa da Misericórdia do Porto, *Relatório dos Actos da Mesa da Santa Casa da Misericórdia do Porto* entre 1904 e 1910.

Anexo n.º 20 – Tabela n.º 11: Fontes de rendimento (em reis) do Hospital Conde de Ferreira entre 1883 e 1910.

	Ano																											
Receitas	1883	1884	1885	1886	1887	1888	1889	1890	1891	1892	1893	1894	1895	1896	1897	1898	1899	1900	1901	1902	1903	1904	1905	1906	1907	1908	1909	1910
Juros	11498	43376	44636	45087	45087	45304	45298	44848	44630	38238	31688	32018	32108	32123	32127	32167	32206	46427	32269	32304	33347	33369	33434	33543	33548	33550	33608	33614
Pensionistas	818	4459	7308	9139	11320	15744	18515	21570	21824	20607	20187	26141	23891	22836	23941	24718	23714	23363	27292	30436	32147	31795	34261	37170	39308	43532	40772	42807
??	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	23546	24281	27690	24535	24482	23167
Oficinas	0	0	455	930	590	423	487	442	349	206	789	706	967	1031	686	773	782	1176	1114	986	1884	1642	1796	1786	1799	1741	1988	2204
Quintas	46	0	168	128	109	91	199	96	78	134	399	282	306	233	397	730	593	682	559	563	352	593	643	603	451	989	669	879
Outros	18	1198	128	188	709	2049	25072	5878	6498	1546	18513	17297	17278	15414	14435	16437	34160	3311	16803	22134	16887	17953	24567	30487	19987	12314	26498	18883
Total	12380	49033	52695	55472	57815	63610	89571	72834	73378	60730	71577	76444	74551	71637	71586	74825	91455	74958	78037	86423	84617	85351	118247	127870	122783	116661	128017	121555

Fonte: Tabela construída com base em Santa Casa da Misericórdia do Porto, *Relatório dos Actos da Mesa da Santa Casa da Misericórdia do Porto* entre 1883 e 1910.

Anexo n.º 21 – Tabela n.º 12: Distribuição dos alienados segundo a sua classe no HCF entre 1889 e 1910.

Ano	Pensionistas												
	Indigentes				1ª Classe		2ª Classe		3ª Classe				
	Homens	Mulheres	Homens	Mulheres	Homens	Mulheres	Homens	Mulheres	Total	Indigentes	1ª Classe	2ª Classe	3ª Classe
1889	149	155	5	4	22	7	30	14	386	79%	2%	8%	11%
1896	120	182	3	6	23	11	46	29	420	72%	2%	8%	18%
1901	143	141	5	5	22	17	60	40	433	66%	2%	9%	23%
1902	148	148	5	4	27	15	58	39	444	67%	2%	9%	22%
1903	142	143	4	2	31	12	56	40	430	66%	1%	10%	22%
1904	139	141	4	2	36	10	53	46	431	65%	1%	11%	23%
1905	153	166	4	3	30	17	58	54	485	66%	1%	10%	23%
1906	153	166	4	3	30	17	58	54	485	66%	1%	10%	23%
1907	157	180	5	3	36	15	66	57	519	65%	2%	10%	24%
1908	178	181	4	4	40	18	74	51	550	65%	1%	11%	23%
1909	191	188	3	4	48	18	60	47	559	68%	1%	12%	19%
1910	177	182	8	3	47	20	65	44	546	66%	2%	12%	20%

Fonte: Tabela construída com base em Santa Casa da Misericórdia do Porto, *Relatório dos Actos da Mesa da Santa Casa da Misericórdia do Porto* entre 1883 e 1910.



Anexo n.º 22 – Figura n.º 14: Habitações para os empregados superiores.



Santa Casa da Misericórdia do Porto, *Postais da Santa Casa da Misericórdia do Porto*, 1908, Estante B, Caixa 5 – 28.

Anexo n.º 23 – Tabela n.º 13: Discriminação das despesas (em reis) afetas à casa mortuária do HCF entre 1886 e 1910.

	Ano																								
	1886	1887	1888	1889	1890	1891	1892	1893	1894	1895	1896	1897	1898	1899	1900	1901	1902	1903	1904	1905	1906	1907	1908	1909	1910
<b>Despesas</b>	211	101	180	73	23	184	168	186	194	29	67	149	83	33	60	197	62	198	93	49	190	93	41	161	67
<b>Ordenados</b>	46	48	49	47	46	50	59	60	59	60	60	57	60	60	60	110	109	110	110	110	110	110	110	110	151
<b>Condução de cadáveres para o cemitério e direitos paroquiais</b>	-	51	56	29	27	28	21	20	18	10	15	26	18	22	27	30	18	26	54	64	59	19	65	41	102

Fonte: Tabela construída com base em Santa Casa da Misericórdia do Porto, *Relatório dos Actos da Mesa da Santa Casa da Misericórdia do Porto* entre 1886 e 1910.

Anexo n.º 24 – Tabela n.º 14- Banhos administrados a pessoas externas ao HCF entre 1907 e 1910.

		1907			1908			1909			1910		
		Séries de 10	Avulso	Lucro (em reis)	Séries de 10	Avulso	Lucro	Séries de 10	Avulso	Lucro	Séries de 10	Avulso	Lucro (em reis)
<b>Homens</b>	<b>Duche</b>	43	7	80,9	171	5	257,5	208	6	313,2	246	3	369,6
	<b>Imersão</b>	4	16	7,36	11	31	18,16	21	0	25,2	21	0	25,2
	<b>Duche geral</b>	0	0	0	0	0	0	0	32	5,12	0	114	18,22
	<b>Sulfurosos</b>	3	0	4,8	1	0	1,6	0	0	0	6	0	9,6
	<b>Chuva</b>	0	0	0	1	0	0,6	2	0	1,2	0	0	0
<b>Mulheres</b>	<b>Duche</b>	69	0	103,5	75	5	113,5	112	5	169	148	15	225
	<b>Imersão</b>	0	0	0	2	32	7,52	13	0	17,85	5	0	6
	<b>Chuva</b>	0	0	0	0	0	0	3	0	1,8	0	0	0
	<b>Duche geral</b>	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	11	1,76
	<b>Salgados</b>	1	0	2	1	0	2	0	0	0	5	0	8
<b>Totais</b>		120	23	198,56	262	73	400,88	359	43	533,37	431	143	663,38

Fonte: Tabela construída com base em Santa Casa da Misericórdia do Porto, *Relatório dos Actos da Mesa da Santa Casa da Misericórdia do Porto* entre 1907 e 1910.

Anexo n.º 25 – Tabela n.º 15: Movimento geral de doentes no HCF entre 1883 e 1910.

Ano	Homens										
	Existiam	Entraram	Saíram								Ficaram a existir
			Curados	Melhorados	Mesmo Estado	Piores	Simulação	Não Verificada	Evasões	Faleceram	
1883	0	42	2	1	1	0	0	1	0	1	36
1884	36	104	7	9	8	2	1	1	2	10	99
1885	99	135	22	10	5	2	1	0	1	21	172
1886	172	102	28	11	7	0	1	1	4	34	188
1887	188	70	14	8	15	1	0	0	1	27	192
1888	192	74	12	11	7	0	0	1	2	27	206
1889	206	66	21	11	11	0	0	0	0	23	206
1890	205	68	16	14	10	0	0	1	0	22	210
1891	210	52	9	7	12	1	0	0	0	16	217
1892	217	67	14	11	13	0	0	0	1	28	217
1893	217	65	7	12	12	0	0	0	0	28	223
1894	223	53	15	5	2	0	0	0	0	27	227
1895	227	56	4	8	12	0	0	0	0	23	236
1896	236	45	17	4	8	0	0	0	0	27	225
1897	225	62	10	9	11	0	0	0	0	20	237
1898	237	54	13	13	6	0	0	0	0	18	241
1899	241	43	8	9	11	0	0	1	0	28	227
1900	227	33	10	6	3	0	0	0	0	29	212
1901	212	64	7	9	7	0	0	0	0	16	230
1902	230	71	12	12	5	0	1	0	0	18	238
1903	238	68	4	10	11	0	0	0	0	31	233
1904	233	66	1	17	17	0	0	1	0	16	232
1905	232	80	7	16	6	0	0	2	0	22	245
1906	245	88	10	9	14	0	2	0	0	22	264
1907	264	87	5	14	16	0	0	0	0	20	296
1908	296	75	7	18	14	0	2	4	1	23	302
1909	302	82	9	18	26	0	0	1	0	32	298
1910	298	81	8	20	11	0	0	1	0	42	297

Mulheres											
Ano	Existiam	Entraram	Saíram								Ficaram a existir
			Curados	Melhorados	Mesmo Estado	Piores	Simulação	Não verificada	Evasões	Faleceram	
1883	0	44	1	0	2	0	0	1	0	2	38
1884	38	80	11	1	8	0	0	1	0	4	93
1885	93	88	24	6	8	0	0	1	2	12	128
1886	128	66	18	5	3	0	0	0	0	20	148
1887	148	55	11	13	3	0	0	1	0	17	158
1888	158	58	9	7	9	0	0	1	2	16	172
1889	172	57	13	4	4	0	0	0	0	19	189
1890	189	35	11	8	7	0	0	0	1	16	181
1891	181	28	4	4	4	0	0	0	0	17	180
1892	180	41	7	9	7	0	0	0	0	16	182
1893	182	45	9	14	6	0	0	1	0	18	179
1894	179	27	8	5	4	0	0	0	0	19	170
1895	170	35	8	3	3	0	0	0	0	11	180
1896	180	32	9	4	3	0	0	0	0	11	185
1897	185	39	12	4	4	0	0	0	0	15	189
1898	189	38	9	3	7	0	0	0	0	11	197
1899	197	40	12	4	2	0	0	0	0	17	202
1900	202	47	16	8	2	0	0	0	0	20	203
1901	203	54	9	9	5	0	0	0	0	18	203
1902	203	64	12	9	6	0	0	1	0	17	206
1903	206	39	16	9	6	0	0	1	0	10	197
1904	197	37	6	8	5	0	0	0	0	11	199
1905	199	84	7	6	2	0	0	0	0	17	240
1906	240	88	18	11	14	0	0	1	0	14	255
1907	255	51	11	12	7	0	0	2	0	20	254
1908	254	63	16	11	11	0	0	0	0	22	257
1909	257	63	14	9	12	0	0	0	1	24	260
1910	260	44	8	14	9	0	0	0	0	24	249

Total										
Ano	Existiam	Entraram	Saíram							
			Curados	Mesmo Estado	Piores	Simulação	Não Verificada	Evasões	Faleceram	Ficaram a existir
1883	0	86	3	3	0	0	2	0	3	74
1884	74	184	18	16	2	1	2	2	14	192
1885	192	223	46	13	2	1	1	3	33	300
1886	300	168	46	10	0	1	1	4	54	336
1887	336	125	25	18	1	0	1	1	44	350
1888	350	132	21	16	0	0	2	4	43	378
1889	378	123	34	15	0	0	0	0	42	395
1890	395	103	27	17	0	0	1	1	38	391
1891	391	80	13	16	1	0	0	0	33	397
1892	397	108	21	20	0	0	0	1	44	399
1893	399	110	16	18	0	0	1	0	46	402
1894	402	80	23	6	0	0	0	0	46	397
1895	397	91	12	15	0	0	0	0	34	416
1896	416	77	26	11	0	0	0	0	38	410
1897	410	101	22	15	0	0	0	0	35	426
1898	426	92	22	13	0	0	0	0	29	438
1899	438	83	20	13	0	0	1	0	45	429
1900	429	80	26	5	0	0	0	0	49	415
1901	415	118	16	12	0	0	0	0	34	433
1902	433	135	24	11	0	1	1	0	35	444
1903	444	107	20	17	0	0	1	0	41	430
1904	430	103	7	22	0	0	1	0	27	431
1905	431	164	14	8	0	0	2	0	39	485
1906	485	176	28	28	0	2	1	0	36	519
1907	519	138	16	23	0	0	2	0	40	550
1908	550	138	23	25	0	2	4	1	45	559
1909	559	145	23	38	0	0	1	1	56	558
1910	558	125	16	20	0	0	1	0	66	546

Fonte: Tabela construída com base em Santa Casa da Misericórdia do Porto, *Relatório dos Actos da Mesa da Santa Casa da Misericórdia do Porto* entre 1883 e 1910.

Anexo n.º 26 – Tabela n.º 16: Resultados operacionais da quinta e estruturas anexas do HCF entre 1883 e 1910.

	Ano																											
	1883	1884	1885	1886	1887	1888	1889	1890	1891	1892	1893	1894	1895	1896	1897	1898	1899	1900	1901	1902	1903	1904	1905	1906	1907	1908	1909	1910
	1883	1884	1885	1886	1887	1888	1889	1890	1891	1892	1893	1894	1895	1896	1897	1898	1899	1900	1901	1902	1903	1904	1905	1906	1907	1908	1909	1910
Valor dos géneros (em reis) provenientes da quinta consumidos no HCF	-	-	552	1140	1519	869	939	1064	1074	1186	1067	1249	1788	1021	1262	965	1004	1366	873	1317	1407	1393	1774	1217	1938	1551	2347	1598
Rendimento (em reis) da Quinta e Propriedades anexas	46	-	168	128	109	91	199	96	78	134	399	282	306	233	397	730	593	682	559	563	352	593	643	603	451	989	669	878

Fonte: Tabela construída com base em Santa Casa da Misericórdia do Porto, *Relatório dos Actos da Mesa da Santa Casa da Misericórdia do Porto* entre 1883 e 1910.

Anexo nº 27 – Tabela n.º 17: Resultados operacionais da oficina de tipografia do HCF entre 1891 e 1910.

		1891	1892	1893	1894	1895	1896	1897	1898	1899	1900	1901
<b>Receitas (em reis)</b>	<b>Recebido da SCMP</b>	197	56	179	176	285	269	495	340	132	189	177
	<b>Recebido de outros estabelecimentos administrados pela SCMP</b>	2	0	71	49	76	145	43	0	30	94	55
	<b>Recebido do Hospital Geral de Santo António</b>	0	0	0	0	113	196	0	107	266	276	154
	<b>Recebido de diversos</b>	24	0	161	186	82	45	41	210	67	33	110
	<b>Valor dos impressos para o HCF</b>	73	237	348	177	276	144	221	266	195	185	259
	<b>Aparas de papel vendidas</b>	0	0	1	0	3	0	4	0	0	0	0
	<b>Total das receitas</b>	297	294	761	587	836	799	804	924	691	682	756
<b>Despesas (em reis)</b>	<b>Matéria prima, pequenos utensílios e pequenos consertos</b>	33	54	169	161	215	131	150	136	113	134	95
	<b>Salários a operários</b>	133	118	193	191	241	241	300	295	289	324	305
	<b>Alimentação de 3ª classe dos operários</b>	82	70	72	74	76	83	143	144	68	147	148
	<b>Amortização de capital</b>	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	<b>Juros</b>	66	74	74	74	75	81	97	97	98	100	100
	<b>Total das despesas</b>	315	316	508	500	608	536	689	672	568	704	648
<b>Saldo (em reis)</b>		-17	-23	253	88	228	262	115	252	123	-22	108



		1902	1903	1904	1905	1906	1907	1908	1909	1910
<b>Receitas (em reis)</b>	<b>Recebido da SCMP</b>	135	758	569	682	618	868	644	987	961
	<b>Recebido de outros estabelecimentos administrados pela SCMP</b>	4	17	40	77	73	54	103	104	229
	<b>Recebido do Hospital Geral de Santo Antonio</b>	115	176	59	193	259	312	175	95	
	<b>Recebido de diversos</b>	141	150	357	199	239	125	331	468	440
	<b>Valor dos impressos para o HCF</b>	162	158	203	201	264	279	232	231	234
	<b>Aparas de papel vendidas</b>	0	0	0	0	11	0	8	0	8
	<b>Total das receitas</b>	557	1259	1227	1352	1464	1638	1492	1885	1871
<b>Despesas (em reis)</b>	<b>Matéria prima, pequenos utensílios e pequenos consertos</b>	124	143	88	70	216	300	130	172	200
	<b>Salários a operários</b>	339	510	573	629	599	579	586	680	880
	<b>Alimentação de 3ª classe dos operários</b>	88	142	143	141	374	366	343	333	398
	<b>Amortização de capital</b>	0	300	200	363	0	200	250	504	258
	<b>Juros</b>	100	118	139	141	149	140	128	133	135
	<b>Total das despesas</b>	651	1213	1142	1346	1338	1585	1438	1823	1871
<b>Saldo ( em reis)</b>		-93	45	85	7	125	53	54	62	0

Fonte: Tabela construída com base em Santa Casa da Misericórdia do Porto, *Relatório dos Actos da Mesa da Santa Casa da Misericórdia do Porto* entre 1891 e 1910.

Anexo n.º 28 – Tabela n.º 18: Resultados operacionais da oficina de vassouraria do HCF entre 1893 e 1910.

		Ano																	
		1893	1894	1895	1896	1897	1898	1899	1900	1901	1902	1903	1904	1905	1906	1907	1908	1909	1910
Receitas (em reis)	Artefactos vendidos a diversos	252	165	312	309	65	528	670	692	548	533	718	572	594	556	409	459	539	549
	Artefactos fornecidos para a casa	434	698	314	252	257	215	202	192	177	215	304	241	351	371	293	274	278	264
	Importância da existência de artefactos e piaçavas em depósito	425	31	154	259	312	0	0	0	0	0	0	288	456	985	627	185	261	190
	<b>Total</b>	1111	894	779	820	634	747	872	884	725	748	1022	1101	1401	1912	1329	918	1078	1004
Despesas (em reis)	Matérias-primas e piaçavas adquiridos	863	479	589	296	300	296	270	433	284	543	662	848	822	1578	1058	694	372	785
	Salário ao chefe da vassouraria	110	110	108	108	108	108	108	108	108	108	108	108	108	108	108	108	108	108
	Importância da ração de 3ª classe	72	74	76	83	72	72	68	73	74	70	71	71	59	74	73	78	75	73
	<b>Total</b>	1045	663	774	487	479	476	446	614	466	720	841	179	167	182	181	186	183	967
<b>Saldo (em reis)</b>		66	232	6	334	155	270	426	270	259	28	182	921	1234	1730	1148	733	895	37

Fonte: Tabela construída com base em Santa Casa da Misericórdia do Porto, *Relatório dos Actos da Mesa da Santa Casa da Misericórdia do Porto* entre 1893 e 1910.

Anexo n.º 29 – Tabela n.º 19: Resultados operacionais da oficina de sapateiro do HCF entre 1893 e 1905.

		Ano												
		1893	1894	1895	1896	1897	1898	1899	1900	1901	1902	1903	1904	1905
<b>Receitas</b> (em reis)	<b>Diversos trabalhos executados</b>	110	127	95	66	38	17	40	22	43	40	38	53	42
	<b>Concerto de todo o calçado de doentes indigentes</b>	225	160	81	56	84	164	194	152	187	173	192	185	141
	<b>Matéria-prima existente na oficina</b>	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	8
	<b>Total</b>	335	287	175	121	122	182	234	173	230	213	230	238	190
<b>Despesas</b> (em reis)	<b>Matéria-prima e pequenos utensílios</b>	185	123	102	43	118	51	38	50	123	99	84	97	63
	<b>Salário a um mestre sapateiro</b>	72	66	42	50	50	54	72	65	72	72	72	72	72
	<b>Importância da Ração de 3ª classe</b>	72	68	76	83	72	63	68	73	74	70	71	71	59
	<b>Total</b>	329	257	220	176	239	167	178	188	269	241	227	241	193
	<b>Saldo (em reis)</b>	6	30	-45	-55	-118	15	56	-15	-39	-28	3	-2	-3

Fonte: Tabela construída com base em Santa Casa da Misericórdia do Porto, *Relatório dos Actos da Mesa da Santa Casa da Misericórdia do Porto* entre 1893 e 1905.